

**EINSTELLUNG
ZUR BEHANDLUNG UND THERAPIEERFAHRUNG
ERGEBNISSE EINER FRAGEBOGENUNTERSUCHUNG
AUF EINER PSYCHIATRISCHEN
KRISENINTERVENTIONSSTATION**

PETER MICHAEL GARDENIER COHN

1987

Disbui. München

988



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555213_0035

Aus dem Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München

Vorstand: Prof. Dr. Detlev Ploog

Einstellung zur Behandlung und Therapieerfahrung
Ergebnisse einer Fragebogenuntersuchung
auf einer psychiatrischen Kriseninterventionsstation

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Peter Michael Gardenier Cohn

aus
Tel-Aviv, Israel

1987

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. med. Wilhelm Feuerlein

Prof. Dr. med. Detlev Ploog

Mitberichterstatter: *Prof. Dr. H. Hippius*

Mitbetreuung durch den
promovierten Mitarbeiter: Dr. phil. Heinrich Küfner.....

Dekan: Prof. Dr. med. Wolfgang Spann

Tag der mündlichen
Prüfung: *19. Mai. 1988*

Meiner Frau Brigitte und
unseren Kindern
Claudia, Georg, Eva, Daniel
und Philipp
gewidmet.

Inhaltsangabe

Seite Nr.

<u>1.</u>	<u>Einleitung und Fragestellung</u>	1
1.1.	Einleitung	1
1.1.1.	Einstellung zur Behandlung, begriffliche Erläuterung	2
1.1.2.	Motivation zur Behandlung, begriffliche Erläuterung	5
1.1.3.	Compliance, Begriffserläuterung	6
1.1.4.	Therapieerwartungen	7
1.1.5.	Empirische Ergebnisse über die Bedeutung der Einstellung zur Behandlung und der Therapie- erwartung für den Therapieverlauf oder -abbruch	9
1.2.	Fragestellung	12
<u>2.</u>	<u>Methodik</u>	13
2.1.	Aufbau der Untersuchung	13
2.2.	Wahl der Untersuchungseinrichtung	13
2.3.	Auswahl und Zahl der Patienten	14
2.4.	Beschreibung der Stichprobe	15
2.4.1.	Welche Patienten nahmen an der Untersuchung teil?	15
2.4.2.	Einteilung der Patienten nach Diagnosegruppen	18
2.4.3.	Soziodemographische Daten	20
2.4.4.	Dauer der Untersuchung	27
2.4.5.	Dokumentationsbogen (soziodemographische Daten)	27
2.5.	Erfassung der psychopathologischen Daten mittels der Lorr-Skalen	27

2.6.	Einstellung zur Behandlung (EZB)	
	Theoretisches Konzept	29
	Beschreibung des Fragebogens	32
2.7.	Therapieerfahrungsliste (TEL)	
	Beschreibung des Fragebogens und	
	Skalenentwicklung	33
2.8.	Statistische Auswertung,	
	das verwendete Programm	35
<u>3.</u>	<u>Durchführung der Untersuchung</u>	36
3.1.	Erhebung der soziodemographischen Daten	36
3.2.	Erhebung der Daten	
	"Einstellung zur Behandlung"	36
3.3.	Erhebung der Daten der	
	"Therapieerfahrungsliste"	37
<u>4.</u>	<u>Datenausfälle</u>	37
<u>5.</u>	<u>Ergebnisse</u>	40
5.1.	Psychopathologische Beschreibung der beiden	
	Diagnosegruppen anhand der Lorr-Skalen	40
5.2.	Einstellung zur Behandlung	42
5.2.1.	Bei der stationären Aufnahme	42
5.2.1.1.	Gesamtgruppe	42
5.2.1.2.	Unterschiede zwischen Männern und Frauen	44
5.2.1.3.	Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen	45
5.2.1.4.	Vergleich der Diagnosegruppen anhand der	
	EZB-Skalen	49
5.2.2.	EZB bei der Entlassung	49
5.2.2.1.	Items mit über 90% Bejahungshäufigkeit	49
5.2.2.2.	Vergleich der Diagnosegruppen bei der	
	Entlassung	50

5.2.2.3.	Vergleich der EZB-Skalen bei Entlassung von Männern und Frauen	51
5.2.2.4.	Vergleich der EZE-Skalen der Diagnosegruppen	51
5.2.2.5.	Änderungen in der Einstellung zur Behandlung, die im Verlauf der Untersuchung eingetreten sind	52
5.2.2.6.	Veränderungen in den EZB-Skalen zwischen Aufnahme und Entlassung	56
5.3.	Therapieerfahrungen	58
5.3.1.	Beschreibung allgemeiner Antworttendenzen	58
5.3.2.	Vergleich Männer zu Frauen	60
5.3.3.	Vergleich der Diagnosegruppen	61
5.3.4.	Vergleich der Diagnosegruppen anhand der TEL-Skalen	64
5.4.	Zusammenhang zwischen der Einstellung zur Behandlung und der Therapieerfahrung	65
5.4.1.	Hypothesen	65
5.4.2.	Korrelative Zusammenhänge in der Gesamtgruppe	65
	Die EZB-Skalen bei Aufnahme	65
	Die signifikanten Zusammenhänge der EZB-Skalen mit den Skalen der Therapieerfahrung bei Entlassung	67
	Veränderungen in der Einstellung zur Behandlung	68
5.4.3.	Korrelative Zusammenhänge der Diagnosegruppen	69
	Einstellung zur Behandlung bei der Aufnahme und Therapieerfahrung	69
	Einstellung zur Behandlung bei Entlassung und Therapieerfahrung	70

Veränderungen in der Einstellung zur Behandlung	73
<u>6. Diskussion</u>	75
<u>7. Zusammenfassung</u>	83
Verzeichnis der verwendeten Abkürzungen	88
Literaturverzeichnis	89
Anhang	95
Tabellen	96
Fragebögen	121
Lebenslauf	

1. Einleitung und Fragestellung

1.1. Einleitung

Ausgangspunkt für die Untersuchung ist folgender Grundgedanke:

Je besser die Behandlungsmotivation (s. 1.1.2.) im Sinne von günstigen Einstellungen (s. 1.1.1.) zur Behandlung, desto mehr kann der Patient von der Behandlung profitieren. Bringt der Patient eine solche günstige Behandlungsmotivation nicht mit, dann muß versucht werden, ihm bei der Entwicklung einer solchen zu helfen. Dies setzt zum einen voraus, daß Einstellungen und Motivationen änderbar sind, und zum andern, daß dies ein durch die Behandlung beeinflubarer Prozeß ist. Außerdem ist zunächst unbekannt, welche Einstellungen zur Behandlung als günstig angesehen werden können. Sicher erscheint, daß die Mitarbeit des Patienten, also seine Compliance (s. 1.1.3.), einen wichtigen Einfluß auf einen positiven Veränderungsprozeß hat. Diese Compliance wiederum ist abhängig von seinen Einstellungen, seiner Motivation und von seinen Erwartungen (s. 1.1.4.) bezüglich der Therapie und auch von deren Befriedigung oder Enttäuschung durch behandelnde Ärzte und Pflegepersonal im Verlauf der Behandlung.

In dieser Untersuchung geht es um eine deskriptive Darstellung von Einstellungen zur Behandlung und um Therapieerfahrungen im Vergleich verschiedener Diagnosegruppen sowie um Veränderungen der Einstellungen zur Behandlung, ebenfalls im Vergleich von Diagnosegruppen, im Verlauf einer stationären psychiatrischen Krisenintervention.

Außerdem sollen die Zusammenhänge zwischen Einstellungen zur

Behandlung und Therapieerfahrungen erfaßt werden. Dabei gehen wir davon aus, daß positive Therapieerfahrungen (i.S. der später dargestellten Therapieerfahrungsliste) als Voraussetzung für einen Therapieerfolg zu gelten haben.

Die Erfassung von Einstellungsvariablen stellt einen Ansatz dar zur Beschreibung des Veränderungsprozesses auf der psychologisch subjektiven Ebene. Objektiv meßbare Verhaltensänderungen sowie Veränderungen physiologischer Parameter wurden nicht erfaßt. Wir nehmen an, daß im Verlauf der Therapie eine vielfältige Einflußnahme auf den Patienten erfolgt, die eine Umstrukturierung seiner Einstellungen bewirkt. Es bilden sich neue oder modifizierte Einstellungen heraus, welche als Ergebnis der Therapie und zum Teil auch als Ergebnis von Therapieerfahrungen des Patienten zu werten sind.

Die Therapieerfahrungen wiederum sind einerseits von der Einstellung zur Behandlung und anderen Patientenmerkmalen und andererseits von Behandlungsfaktoren abhängig. Im folgenden werden die Begriffe Einstellung, Motivation, Compliance und Therapieerwartung beschrieben und einige empirische Ergebnisse aus der Literatur diskutiert.

1.1.1. Einstellung zur Behandlung, begriffliche Erläuterung

Die Einstellung zur Behandlung beinhaltet eine Vielzahl von aufeinander einflußnehmenden Faktoren. So sind Einstellungen eine "seelische Haltung gegenüber einer Person, einer Idee oder Sache verbunden mit einer Wertung oder Erwartung" (s. Drever u. Fröhlich, 1969). Roth (1967) sieht in ihnen gegenstandsbezogene, erfahrungsbedingte und systemabhängige Verhaltensdeterminanten, die erschlossen werden müssen.

Nach Scott (1968) werden Einstellungen als Instruktionen ver-

standen, die das Individuum an sich selbst richtet, welche sich auf die im Augenblick gefühlsmäßige Bewertung und der daraus folgenden Tendenz zur Handlung gegenüber Dingen, Ereignissen und Menschen bezieht.

Laut Pütz (1976) sind Einstellungen verfestigte und relativ stabile Verhaltensbereitschaften, die nicht unmittelbar zu beeinflussen sind.

Drever und Fröhlich (1971) unterscheiden zwischen "Set" = relativ kurzzeitige Einstellung und "Attitüde" = relativ überdauernde Einstellung, durch Umwelteinflüsse (z. B. Erziehung) und Erfahrungen im weitesten Sinne geprägte, mehr oder weniger verfestigte Systeme von Anschauungen, Meinungen oder Überzeugungen (Vorurteile), die sich in spezifischen Situationen auf bestimmte Aspekte der Welt des Individuums bzw. der Situation hinsichtlich der Motivation, der emotionellen Bewertung des Wahrnehmens oder des Erkennens (Auffassung) und des Verhaltens auswirken.

Es lassen sich drei Komponenten (bzw. Aspekte) der Einstellung herausarbeiten (s. Pütz, 1976, und Fietkau, 1977):

eine affektive (emotionale), eine kognitive und eine Verhaltenskomponente (aktionaler Aspekt).

Stumme (1975) unterscheidet noch zwischen Einstellungen bzw. Attitüden und Vorurteilen bzw. Stereotypen. Er sagt, daß "Attitüden weder in der Richtung determiniert noch einem Wandel (attitude change) unzugänglich sind. Dagegen handelt es sich bei Vorurteilen und Stereotypen, die hier synonym verwendet werden sollen, um ausschließlich negative Attitüden die sich weitgehend einer Beeinflussung widersetzen".

Hier speziell noch einige Worte zur Einstellung zur Behandlung bei Alkoholikern, da auf diese Patienten doch ein wesentliches Augenmerk der Untersuchung liegt. "Die Einstellung der Patienten

gegenüber der Behandlung ihres Alkoholismus ist zumindest ambivalent" (s. Feuerlein, 1984). Und etwas später: "Bei den meisten Alkoholikern bleibt, wie überhaupt bei den meisten Suchtkranken, die Einstellung zur Behandlung zwiespältig, weil die Behandlung notgedrungen mit der Aufgabe des Suchtmittels verbunden ist."

Zur Erfassung der Einstellung und ihrer Definition sind nach Pütz (1976) sechs Dimensionsaspekte relevant:

- Richtung (Zuneigung - Abneigung, Zustimmung - Ablehnung, ja - nein)
- Intensität (Grad der Zustimmung bzw. Ablehnung, Stärke - Schwäche)
- Zentralität (Mittelpunkt des Einstellungs- und Wertsystems einer Person)
- Wichtigkeit (Bedeutungszumessung: Bereitschaft, mit der eine Person die Einstellung ausdrückt)
- Konsistenz (Stimmigkeit, wieweit die Einstellung bzw. die Systeme zusammenpassen; Grad der Verankerung und Eingebettetheit mit anderen Überzeugungen und Werten; Grad der Veränderbarkeit einer Einstellung)

Meist sind die beiden ersten Aspekte Gegenstand von Untersuchungen, wenn auch den anderen eine wesentliche Bedeutung bezüglich des Gesamtverständnisses zukommt.

Zur Erklärung von Veränderungen in der Einstellung bedient sich Fietkau (1977) der Dissonanztheorie. Er sagt: "Werden nun die neu gelernten Einstellungen bzw. Verhaltensweisen im Verlauf der Therapie aufrechterhalten, so wird der Klient zur Reduktion der entstandenen Dissonanzen seine alten Verhaltensweisen bzw. Einstellungen den neu gelernten Einstellungen bzw. Verhaltensweisen anpassen."

1.1.2. Motivation zur Behandlung, Begriffliche Erläuterung

Als Motivation (s. Graupe, 1978) wird in den meisten therapeutischen Konzepten der Wunsch des Patienten nach Veränderung im Sinne einer aktiven Problemlösung verstanden. Mit zunehmender Erforschung menschlichen Verhaltens (s. Schmidt, 1981) wurde die Bedeutung der kognitiven Komponente erkannt. Die isolierte Betrachtung von Trieben, Bedürfnissen und Motiven ist von der Beobachtung der Interaktion von motivierender Situation und motiviertem Individuum weitgehend abgelöst worden.

"Als motivierende Situation stellt sich der für die Person bedeutungsvolle Bezugsrahmen ihres Verhaltens dar, in den zahlreiche Faktoren, z. B. Anreize, Aufforderungen, Mittel, Zwecke, Informationen und auch aus Sozialisierungsprozessen gewonnene Normen, einfließen." (s. Schmidt, 1981)

Eine aktive und eine passive Komponente der Therapiemotivation unterscheidet Minsel (1979): Leidensdruck - emotionale Bewertung der Symptomatik und Befindlichkeit des Patienten - ist die passive Komponente, Therapiemotivation - Wunsch nach Veränderung und Hilfe - die Aktive.

Schmidt (1981) berichtet von einer Untersuchung an alkoholabhängigen Patienten zur Erkennung der Entwicklung innerhalb des Motivationsprozesses. Er ließ 95 Patienten in wöchentlichem Abstand eine Eigenschaftswörterliste zur Einschätzung ihres subjektiven Befindens ausfüllen. Die Fragebögen enthielten 14 Items. Für jedes Item wurde zum jeweiligen Meßzeitpunkt Mittelwert und Standardabweichung der Einschätzungen berechnet. Im Persönlichkeitsbereich "subjektive Aktivität" lag der Mittelwert in der ersten Woche sehr niedrig, um in der zweiten sprunghaft anzu-

steigen. Nach weiterer langsamer Steigerung stieg der Wert vor der Entlassung in der siebten Woche nochmals deutlich an. In anderen Bereichen fanden sich ähnliche Ergebnisse. Diese Untersuchung läßt, wie andere ihrer Art, auf eine "Entwicklung des Motivationsprozesses" schließen, welche den Erfolg der Behandlung beeinflussen.

Auf die Bedeutung der Therapiemotivation weist eine Übersichtsarbeit von Luborsky et. al. (1971) hin, in die er 166 Arbeiten einbezog, welche sich mit den das Ergebnis einer Psychotherapie beeinflussenden Faktoren befaßten. In vier von fünf Untersuchungen konnte die Bedeutung einer guten Motivation für eine erfolgreiche Behandlung aufgezeigt werden. Die Veränderungserwartungen der Patienten ist ähnlich bestimmend für das Ergebnis der Behandlung bei drei von fünf Untersuchungen. Obwohl ein positiver Zusammenhang zwischen Therapiemotivation und -erwartungen besteht, scheint der Motivationstypus keinen Einfluß auf den Ausgang der Behandlung zu haben. Die besten Ergebnisse wurden erzielt bei Patienten, die mit einer starken Motivation zur Therapie kamen und in der Erwartung, daß diese ihnen helfen werde.

Auf die Bedeutung der Motivation weist Feuerlein (1984) mit folgendem Satz deutlich hin:

"Die Beeinflussung des Verhaltens durch Motivationsänderung ist auch noch bei schwer Abhängigen möglich, wenn die Motivation groß genug ist."

1.1.3. Compliance, Begriffserläuterung

"Unter dem Begriff "Compliance" versteht man den Grad, in dem das Verhalten einer Person in bezug auf die Einnahme eines Medikamentes, das Befolgen einer Diät oder die Veränderung des Lebensstils mit dem ärztlichen oder gesundheitlichen Rat korres-

pondiert" (Haynes et. al., 1982).

Hermann (1979) weist auf die besondere Bedeutung der Compliance in Zusammenhang mit der Behandlung von chronischen psychiatrischen Erkrankungen hin. Er fordert eine genaue Analyse der Faktoren, die Einfluß auf die Compliance der Patienten haben, und eine Therapie der Compliance nach Linden (1979), die eine Compliance herstellen, verbessern und stützen soll.

Im Gesundheitswesen besteht ein besonderes Bedürfnis nach Verbesserung der Patientencompliance (s. Dunbar, 1982). Bei diesen Problemen hätte der Einsatz von Verhaltensstrategien zwar keine überwältigende, aber dennoch Erfolge gebracht. Im einzelnen versteht sie darunter: Erinnerungen, Zuschneiden des Therapieplans, Vereinbarungen, abgestufte Behandlungsmaßnahmen, Selbstaufzeichnung, wobei Verstärkung gemeinsam mit Selbstverstärkung, Selbstaufzeichnung und Teilnahme des Ehegatten besonders nützlich zu sein scheinen, um langanhaltende Veränderungen zu erreichen.

"Der erste beschriebene Fall menschlicher Non-Compliance eignete sich," nach Haynes (1982), "im Garten Eden, als Eva die Frucht des Baumes der Erkenntnis aß. Obgleich diese Handlung möglicherweise aus der Veränderung ihres "Health Belief Model" durch die Schlange resultierte (und auf diese Weise gewissermaßen eine Form der Compliance mit einem gesundheitswidrigem Rat darstellte), taucht bei jedem von uns gelegentlich, bei manchen sogar sehr oft, die Schlange auf."

Mir scheint damit der Begriff Compliance sehr einleuchtend dargestellt.

1.1.4. Therapieerwartungen

Goldstein (1962) schrieb eine Monographie über Therapieerwartungen. Er betrachtet darin die Unterschiede zwischen den prognosti-

schen Erwartungen von Patient und Therapeut und den gegenseitigen Rollenerwartungen. Er sagt, daß die prognostischen Erwartungen des Patienten verschiedene Vorstellungen über den Ausgang der Therapie beinhalten (Symptombefreiung, Konfliktlösung, positive Veränderung des Zustands), die mit Gefühlen des Zweifels, der Hoffnung oder Überzeugung gesehen werden. Unterschieden wird dabei zwischen den Mitteln, durch deren Einsatz diese Ziele erreicht werden können: Die Erwartungen können in die Fähigkeiten der eigenen Person oder des Therapeuten und in die Möglichkeiten der therapeutischen Methode gelegt werden. Hinzu kommt die Vorstellung über den Zeitraum, der benötigt wird, bis sich ein Erfolg einstellt.

In einer statistischen Analyse der Erwartungshaltungen konnte Apfelbaum (1958) drei vorgestellte Therapeutenrollen herauskristallisieren.

1. Der Therapeut als Ernährer

- Erwartung von Anleitung, Zuwendung und Stützung

2. Der Therapeut als Vorbild

- Erwartung einer nachahmenswerten Person, keinem urteilen, sondern permissiven Zuhörer

3. Der Therapeut als Kritiker

- Erwartung von Kritik, Analyse und sachlichem Kontakt, die dem Patienten im wesentlichen seine Eigenverantwortung läßt

Nach dieser Studie erwarten weibliche Patienten eher den Vorbild-Typ und Männer eher den Kritiker-Typ. Bei großem Leidensdruck ist die Tendenz zum Ernährer- oder Kritiker-Typ am größten, ebenso bei fehlangepaßten Patienten (nach MMPI Testprofilen).

Patienten mit Vorbild-Erwartung brachen am seltensten die Therapie ab. Patienten mit Ernährer-Erwartung blieben insgesamt am längsten in der Therapie.

Garfield (1981) meint, daß die Patienten heute ein differenzierteres Verhältnis zur Psychotherapie haben als dies in der Vergangenheit der Fall war. Sie erwarten und erstreben nicht notwendigerweise eine direktive, medikamentöse Therapie in einer passiven Rolle. Die meisten jedoch erwarten oder begünstigen eine relativ kurze psychotherapeutische Behandlungsdauer.

1.1.5. Empirische Ergebnisse über die Bedeutung der Einstellung zur Behandlung und der Therapieerwartung, für den Therapieverlauf oder -abbruch

Frank (1974) kommt in einem Rückblick über 25 Jahre der Forschung zu dem Schluß, daß "die wichtigste Voraussetzung für eine langfristige Besserung im Patienten selbst liegt".

Eine abhängige Beziehung zwischen der Therapieerwartung zu Beginn der Therapie und der vom Patienten am Ende der Therapie beschriebenen Symptombesserung stellten Goldstein und Shipman dar (1961). Danach sind überzogene Therapieerwartungen (unrealistische Erwartungen) im Erstinterview ungünstig für den Erfolg der Behandlung, wogegen gemäßigte Erwartungen im Durchschnitt die höchsten Besserungschancen bieten.

Bei einer Untersuchung mit Unterschichtpatienten stellten Overall und Aronson (1963) fest, daß Personen, die mit Erwartungen von einem aktiven, medizinisch orientierten und supportiven Therapeuten kamen, in den traditionellen Therapien am häufigsten eine Enttäuschung in den ersten Therapiestunden erleben und eher als andere Patienten die Therapie frühzeitig abbrechen.

Heine (1962) stellte fest, daß unter Therapieabbrechern mehr Patienten waren, die sich genaue Anweisungen bezüglich ihrer Probleme beim ersten Therapiegespräch erwartet hatten, als unter denen, die die Therapie fortsetzten, und daß letztere häufiger

eine permissive Haltung vom Therapeuten erwartet hatten. In dieser Hinsicht glichen jene, die die Therapie fortsetzten, in ihren Erwartungen eher dem Therapeuten, als jene, die sie abgebrochen hatten.

Freedman et.al. (1958) fanden, daß Patienten, die eine geistige Erkrankung leugneten und eine geborgene Beziehung zum Therapeuten verweigerten, stärker zu einem Behandlungsabbruch tendierten, wogegen das Gegenteil auf jene Patienten zutraf, welche ihre Erkrankung akzeptierten und eine geborgene Beziehung aufnahmen.

Nach Smith et.al. (1975) haben Patienten, die Angst vor der augenblicklichen Lebenssituation haben und damit einer starken körperlichen und seelischen Belastung unterliegen, bessere Aussichten hinsichtlich des Ergebnisses der Behandlung.

Auch Luborsky und Kernberg (1975 und 1972) kommen zu dem Schluß, daß Angst zu Beginn der Therapie ein positiv zu bewertendes prognostisches Zeichen sei, wogegen somatische Leiden im Rahmen ihrer Untersuchungen eher ungünstigere Ergebnisse zeigten.

Piper und Wogan (1970) fanden dagegen keinen Zusammenhang zwischen der Erwartung bezüglich des Ergebnisses der Behandlung und der berichteten Symptombesserung.

Wilkins (1973) zeigt bei einer Betrachtung verschiedener Arbeiten, die sich mit der Therapieerwartung und deren Einfluß auf das Ergebnis der Therapie befaßten, daß sechs von ihnen positive Ergebnisse zeigten, dagegen fand sich in acht Arbeiten kein solcher Nachweis, und in einer fanden sich beide Aspekte. Folglich kam er zu dem Schluß, daß es nur ungenügende Beweise gab zur Stützung der Erwartung eines Therapiegewinns aus der Therapieerwartung.

In einer Arbeit über 278 ambulante Patienten mit einem 84 Items umfassenden Fragebogen (Frank et. al., 1978) zeigte sich letztlich kein verwertbarer Unterschied zwischen Patienten verschiede-

ner sozialer Stufen hinsichtlich Behandlungsbereitschaft und Behandlungsergebnis.

Erfahrungen der Selbstbehauptung oder Ichstärke sowie hoffnungsvolle Erfahrungen sind bei Alkoholabhängigen wichtig für den Therapieerfolg (Küfner et. al., 1984). Die Patienten in den erfolgreichsten Einrichtungen berichteten gehäuft über Erfahrungen der Selbstbehauptung und Ichstärke.

Zum Problem des Therapieabbruchs und seiner Ursachen sind einige Aspekte von Bedeutung (s.Gaube, 1978):

"Das Problem des Ausscheidens wird nicht in umfassender und ausreichender Weise behandelt werden können, indem man sich nur auf einzelne Merkmale des Patienten oder Therapeuten beschränkt, vielmehr bedarf es der Einbeziehung der Ziele der Therapeuten und Institutionen, aber auch der Motive des Patienten.

1.2. Fragestellung

Für eine empirische Untersuchung ist es erforderlich, aus der Vielzahl möglicher interessanter Fragen einige wenige auszuwählen und zu konkretisieren. Es wurden folgende Fragen gestellt:

a) Existieren hinsichtlich der Einstellung zur Behandlung Unterschiede zwischen Alkoholabhängigen (Erstdiagnosen, ICD 9, 3030, 3031, 3032 und 3050) und der Referenzgruppe Neurosen und Persönlichkeitsstörungen (Erstdiagnose, ICD 9, 3000 bis 3019)?

b) Lassen sich Änderungen bezüglich der Einstellung zur Behandlung im Verlauf eines kurzfristigen stationären Aufenthaltes (ca. zwei bis drei Wochen) beobachten und wie unterscheiden sich hier die beiden diagnostischen Referenzgruppen voneinander?

(Die Referenzgruppen sind in Frage a. definiert.)

c) Welche Bedeutung hat die Therapieerfahrung hinsichtlich der Einstellung zur Behandlung, wie beeinflußt die Einstellung zur Behandlung die Therapieerfahrung?

Auch hier wieder wird die Frage auf die beiden diagnostischen Referenzgruppen bezogen.

d) Welche Folgen lassen sich daraus für die Behandlung ableiten?

2. Methodik

2.1. Aufbau der Untersuchung:

Die Untersuchung erfolgte prospektiv, das heißt, daß die Patienten zu Anfang ihres stationären Aufenthaltes in die Untersuchung einbezogen und über den Untersuchungszeitraum weiterverfolgt wurden.

Bezüglich der Fragestellung "Einstellung zur Behandlung"erfolgten zwei Datenerhebungen, und zwar zu Beginn und am Ende der stationären Behandlung. Die Datenerhebung über die "Therapieerfahrung" erfolgte am Ende der Behandlung.

2.2. Wahl der Untersuchungseinrichtung

Die Untersuchung fand im Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München auf der Station 3B statt. Die Station 3B wurde im Januar 1981 unter dem Namen "Psychiatrische Aufnahmestation" (s. Feuerlein et. al., 1983) als Station für Notfallpsychiatrie und Krisenintervention eingerichtet, sie hat zwölf Betten.

Notfallpsychiatrie ist nicht gleich Kriseninterventionspsychiatrie, auch wenn es sicher viele Übergänge gibt. Die Notfallpsychiatrie befaßt sich nach den Statistiken verschiedener Institutionen (s. Häfner und Helmchen, 1978) vor allem mit folgenden Patientengruppen:

1. Patienten mit abnormen Erlebnisreaktionen, in diesen Bereich gehören auch die meisten Suizidversuche, die mindestens ein Drittel der psychiatrischen Notaufnahmen darstellen.
2. Patienten mit Suchtkrankheiten, besonders mit Entzugssyndromen und Suchtpsychosen sowie mit durch die Suchtkrankheit bedingten psychosozialen Notfallsituationen.

3. Depressionen verschiedener Genese, vielfach mit latenter oder manifester Suizidgefährdung.

Insofern liegen Krisensituationen bei den meisten der psychiatrischen Notfallpatienten vor. Unter einer Krise im psychiatrischen Sinne soll eine innerhalb kurzer Zeit sich zuspitzende Situation verstanden werden, in der der Betreffende nicht mehr in der Lage ist, mit inneren oder äußeren Belastungen mit Hilfe seiner individuellen Bewältigungsstrategien fertig zu werden (s. Cullberg et. al., 1974).

2.3. Auswahl und Zahl der Patienten

An der Untersuchung nahmen Patienten teil, die im Rahmen einer Krisenintervention auf der Station 3B im Max-Planck Institut für Psychiatrie, München, in stationärer Behandlung waren. Die durchschnittliche Behandlungsdauer lag bei 12,5 Tagen. Es erfolgte keine Selektion, sofern die Patienten grundsätzlich bereit und fähig waren, die Fragebögen auszufüllen. Die Ausfälle, die zu verzeichnen waren, kamen durch mangelnde Sprachkenntnisse, zu kurzem stationären Aufenthalt (z. B. wegen Therapieabbruch oder Verlegung in eine andere Untersuchungseinrichtung), der Teilnahme an anderen Projekten oder durch Verweigerung einer Teilnahme an der Untersuchung zustande (s. 2.4.1.).

2.4. Beschreibung der Stichprobe

2.4.1. Welche Patienten nahmen an der Untersuchung teil?

Im Zeitraum der Befragung, von April 1984 bis Januar 1985, waren 251 Patienten zur Behandlung auf der Station 3B des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie, München, Psychiatrische Klinik (MPI-PSK), hiervon nahmen 145 Patienten (58 %), nämlich 44 Männer und 101 Frauen, vollständig an der Untersuchung teil.

Die Ausfälle setzten sich wie folgt zusammen:

16 Patienten (6.4 %), 6 Männer und 10 Frauen, nahmen an anderen Projekten teil. Eine Teilnahme an beiden Projekten hätte die Patienten einer Flut von Fragebögen ausgesetzt, was sich in der gegebenen Situation von selbst verbot. Es waren dies Patienten mit den Diagnosen ICD 9 301._ (Persönlichkeitsstörungen, Psychopathien und Charakterneurosen) und ICD 9 309._ (Psychogene Reaktionen).

19 Patienten (7.6 %), 7 Männer und 12 Frauen, befanden sich kürzer als 24 Stunden in stationärer Behandlung, zu kurz, um sinnvoll an der Untersuchung teilzunehmen. Es handelte sich dabei um Therapieabbrecher.

6 Patienten (2.4 %), 1 Mann und 5 Frauen, waren auf Grund mangelnder Sprachkenntnisse nicht in der Lage, an der Untersuchung teilzunehmen.

5 Patienten (2.0 %), 2 Männer und 3 Frauen, waren im Zeitraum der Untersuchung zweimal in Behandlung und haben beide Male die zur Untersuchung gehörenden Fragebögen ausgefüllt, verwendet wurden jedoch nur die bei dem ersten stationären Aufenthalt ausgefüllten Bögen.

Die bisher aufgeführten Patienten konnten also eo ipso nicht

an der Untersuchung teilnehmen. Da dies immerhin 46 Patienten sind, 16 Männer und 30 Frauen, 18.3 % des ursprünglichen Gesamtklientels, muß man von einer Gesamtpatientenzahl von 205 Personen ausgehen, demgemäß von einer Ausschöpfungsquote von 70.7 %.

Im weiteren waren aus organisatorischen Gründen noch folgende Ausfälle zu verzeichnen:

29 Patienten (11.6 %), 15 Männer und 14 Frauen, haben entweder nur an der Eingangs- oder aber nur an der Entlassungserhebung teilgenommen.

31 Patienten (12.4 %), 9 Männer und 22 Frauen, haben weder an der Eingangs- noch an der Entlassungserhebung teilgenommen (Tab. 1.1.).

Bei der weiteren Auswertung wurden nur die Patienten mit vollständigen Datensätzen brücksichtigt (N = 145).

Die Beschreibung der Stichprobe, der Ausschöpfungsquote und des Weges, auf dem die an der Untersuchung teilnehmende Gruppe zustandekam ist der Abb. 4. im Anhang zu entnehmen.

Tab. 1.1. Ausschöpfungsquote der Patienten, die an der Untersuchung teilgenommen haben.

N = 205	TEL oder EZB nicht ausgefüllt		TEL und EZB nicht ausgefüllt		Ausfall gesamt		An der Untersuchung teilgenommen	
Männer	15	7.3 %	9	4.4 %	24	11.7 %	44	21.5 %
Frauen	14	6.8 %	22	10.7 %	36	17.6 %	101	49.3 %
Gesamt	29	14.1 %	31	15.1 %	60	29.3 %	145	70.7 %

Auffallend war:

1. Daß die Ausfälle bei den Diagnosegruppen Alkoholabhängigkeit und -mißbrauch sowie bei den Neurosen und Persönlichkeitsstörungen relativ niedrig waren im Verhältnis zu den anderen vorkommenden Diagnosen (s. Tab. 1.1.1.).

2. Daß die Gruppe der Alkoholiker und die der Neurotiker bei den Ausfällen, wie auch in der Untersuchung im Verhältnis zueinander etwa gleich stark waren (s. Tab. 1.1.1.).

Tab. 1.1.1. Zusammensetzung der Ausfälle nach Diagnosegruppen und Geschlecht im Verhältnis zur Gesamtgruppe.

Teilnehmer an der Untersuchung N=145	Patienten Zahl	Männer / Frauen	rel. %
Alkohol- abhängige	61	28 / 33	42.1
Neurosen u. Pers. Stör.	50	12 / 38	34.5
Andere Diagnosen	34	4 / 30	23.5
Ausfälle der Untersuchung N=60	Patienten Zahl	Männer / Frauen	rel. %
Alkohol- abhängige	17	6 / 11	28.3
Neurosen u. Pers. Stör.	13	6 / 7	21.7
Andere Diagnosen	30	12 / 18	50.0

2.4.2. Einteilung der Patienten nach Diagnosegruppe

Die Patienten, die vollständig an der Untersuchung teilgenommen hatten, wurden, ihren Diagnosen entsprechend, in sechs Gruppen aufgeteilt (Tab. 1.2.). Es stellten sich hierbei zwei in ihrer Größe und Homogenität vergleichbare Gruppen dar. Zum einen die Gruppe mit den ICD 9-Diagnosen 303 und 3050 also Alkoholabhängigkeit und -mißbrauch, die mit 61 Patienten (41.2 %) die stärkste Gruppe bildete, zum anderen die Gruppe mit den ICD 9-Diagnosen 300, 301, 306 und 316, also Neurosen und Persönlichkeitsstörungen, die mit 50 Patienten (34.5 %) annähernd gleich groß war.

Tab. 1.2. Einteilung der Patienten nach Diagnosegruppen.

<u>DG 1</u>	Alkoholabhängigkeit und -mißbrauch (ICD 9-Diagn. 3030, 3031 3032, 3050)	61 Patienten	42.1%
<u>DG 2</u>	Neurosen und Persönlichkeitsstörungen (ICD 9-Diagn. 3000 bis 3019)	50 Patienten	34.5%
<u>DG 3</u>	Drogen- und Medikamentenabhängigkeit (ICD 9-Diagn. 3040 bis 3049 und 3051 bis 3059)	13 Patienten	9.0%
<u>DG 4</u>	Psychosen (ICD 9-Diagn. 2920 bis 2979)	8 Patienten	5.5%
<u>DG 5</u>	Psychogene Reaktionen (ICD 9-Diagn. 3090 bis 3099)	10 Patienten	6.9%
<u>DG 6</u>	Andere Diagnosen	3 Patienten	2.1%

Im weiteren Verlauf soll nun die Zielgruppe der Untersuchung, also Alkoholabhängigkeit und -mißbrauch, mit der Gruppe der Persönlichkeitsstörungen und Neurosen hinsichtlich der Unterschiede in der Einstellung zur Behandlung und der Therapieerfahrung verglichen werden. Bei diesem Vergleich werden 91 % der Männer und 70 % der Frauen erfaßt, die an der Untersuchung vollständig teilgenommen haben (Tab. 1.2.1.).

Tab. 1.2.1. Die zwei an der Untersuchung teilnehmenden Diagnosegruppen im Verhältnis zu der Gesamtgruppe.

	Gesamtgruppe		Alkoholabhängigkeit und -mißbrauch		Neurosen und Persönlichkeitsstör.	
Männer	44	(100 %) *30.3 %	28	(63.6 %) *19.3 %	12	(27.3 %) *8.3 %
Frauen	101	(100 %) *69.7 %	33	(32.7 %) *22.8 %	38	(37.6 %) *26.2 %
Gesamt	145	*100 %	61	*42.1 %	50	*34.5 %

* Die Prozentzahlen beziehen sich auf die Spalten.

2.4.3. Soziodemographische Daten

Geschlecht

An der Untersuchung haben 44 Männer (30,3 %) und 101 Frauen (69,7 %) teilgenommen, von denen 111 Patienten durch Zugehörigkeit zu den Diagnosegruppen Alkoholabhängigkeit und -mißbrauch sowie den Diagnosegruppen Neurosen und Persönlichkeitsstörungen an der engeren Untersuchung teilnahmen (Tab. 1.2.1.).

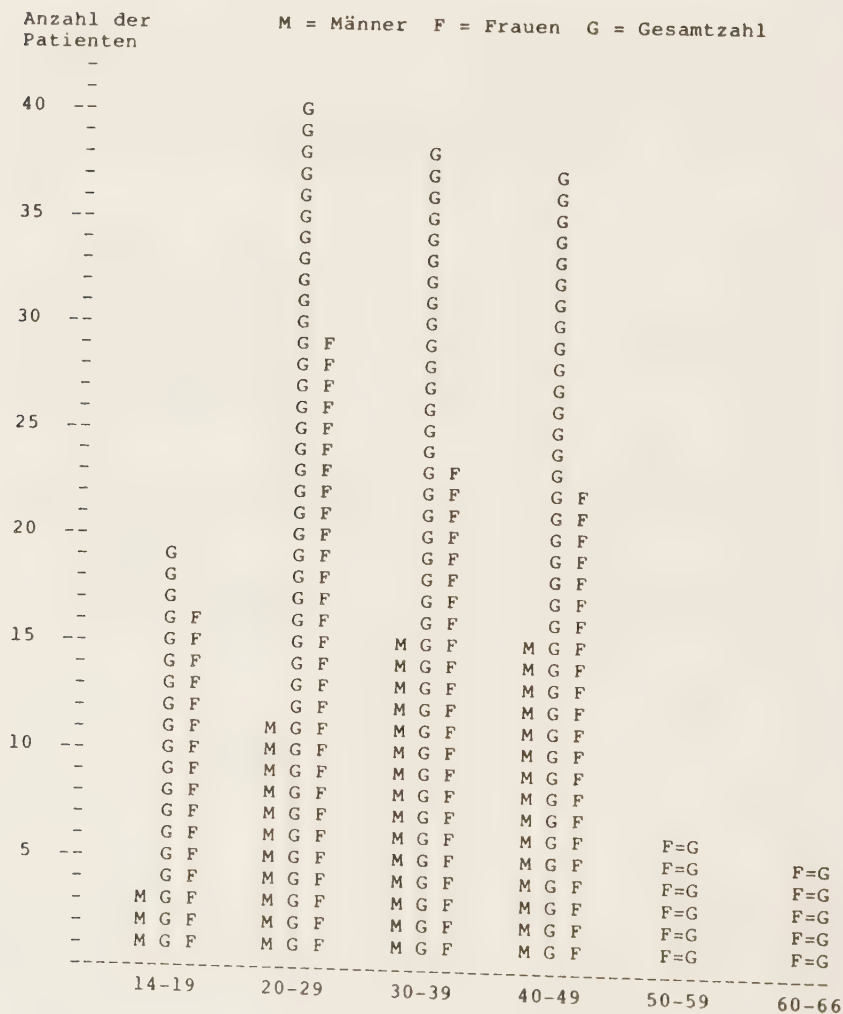
Alter

Das Alter der Patienten zum Zeitpunkt der Dokumentation, das heißt, bei Aufnahme auf der Station 3B des MPI-PSK, lag bei durchschnittlich 34,2 Jahren mit einer Spannweite von 14 bis 66 Jahren. Bei den Männern lag das Durchschnittsalter bei 34,6 Jahren mit einer Spannweite von 18 bis 49 Jahren, während bei den Frauen das Durchschnittsalter bei 34,1 Jahren lag mit einer Spannweite von 14 bis 66 Jahren. Bei den Alkoholabhängigen lag das Durchschnittsalter mit 37,3 Jahren höher als bei den Neurosen und Persönlichkeitsstörungen mit einem Durchschnittsalter von 30,5 Jahren, dies bei fast gleicher Spannweite (siehe Tab. 1.3. und Abb. 1.).

Tab. 1.3. Alter und Geschlecht, Alter und Diagnosegruppe
(siehe auch Tab. 1.3.1. im Anhang).

Geschl.	Häufigk. abs.	$\bar{X}$ Alter Jahre	Standard Abweichung	Minimum Jahre	Maximum Jahre
Männl.	44	34.6	8.71	18	49
Weibl.	101	34.1	12.77	14	66
Ges.	145	34.2	11.65	14	66
=====					
DG 1	61	37.3	8.39	19	62
DG 2	50	30.5	11.79	17	66

Abb. 1. Altersverteilung und Geschlecht N = 145.



Familienstand

Über die Hälfte der an der Untersuchung teilnehmenden Männer (n = 44) waren ledig, nämlich 23 Patienten oder 52.3 %, wogegen bei den Frauen (n = 101) 45 ledig waren, also 44.5 %. Verheiratet waren 13 Männer, was 29.5 % entspricht, und 33 Frauen, also 32,7 %. Geschieden waren 8 Männer, das sind 18.2 %, und 20 Frauen, entspricht 19.8 %. Verwitwet waren 3 Patientinnen, also 2.9 % . Daß in der Gruppe der Männer hierzu kein Äquivalent zu finden ist, nimmt angesichts der Tatsache, daß der älteste Mann, der an der Untersuchung teilnahm, 49 Jahre alt war, nicht wunder. Beim Vergleich der Gruppe der Alkoholabhängigen mit der der Neurosen und Persönlichkeitsstörungen fällt auf, daß die Zahl der Ledigen bei der ersten Diagnosegruppe beträchtlich niedriger liegt mit 18 Patienten, ist gleich 29.5 %, gegen 31 Patienten bei den letzteren, was 62,0 % entspricht (siehe Tab. 1.3.2. im Anhang). Möglicherweise liegt dies am höheren Durchschnittsalter der Alkoholikergruppe.

Lebensform

Hier stellt die Gruppe der Alleinlebenden den größten Anteil mit 42.1 %, was 61 Patienten entspricht. Es sind dies 52.3 % der Männer (23 Patienten) im Vergleich zu 37.6 % der Frauen (38 Patientinnen). Bei den Eltern wohnen 15.8 % der Frauen (16 Patientinnen) im Vergleich zu 9.1 % bei den Männern (4 Patienten). Bei den weiteren Einteilungskriterien, also mit Partner oder Ehepartner lebend, in Partnerschaft, aber getrennt oder in einer Gemeinschaft lebend, ergaben sich keine Unterschiede. Im Vergleich der Gruppe der Alkoholabhängigen und der Gruppe der Neurosen und Persönlichkeitsstörungen zur Gesamtgruppe und untereinander fallen zwar einige kleine Unterschiede auf (Tab. 1.3.3. im Anh.), jedoch sind diese aufgrund der geringen Gruppen-

größe statistisch nicht bedeutsam.

Arbeitsfähigkeit

Auf die Frage bezüglich der subjektiven Beurteilung der eigenen Arbeitsfähigkeit antworteten 61.4 % der Männer (27 Patienten) mit Ja, während 49.5 % der Frauen (50 Patientinnen) diese Frage bejahten. Für bedingt arbeitsfähig hielten sich 22.8 % der Frauen, 23 Patientinnen, und nur 6.8 % der Männer (3 Patienten). In dem Eindruck, nicht arbeitsfähig zu sein, herrscht dann eher eine gewisse zahlenmäßige Übereinstimmung mit 27.7 % bei den Frauen und 31.8 % bei den Männern. Die Werte der Zielgruppe und ihrer Vergleichsgruppe zeigen eine ähnliche Tendenz (Tab. 1.3.4. im Anh.).

Derzeit ausgeübter Beruf

Die stärkste Berufsgruppe der Patienten die der Angestellten und Beamten, nämlich 21 Männer (47.7 %) und 35 Frauen (34.7 %). In selbständigen Berufen waren 4 Männer (9.1 %) und 3 Frauen (3.0 %) tätig. Es gab einen Soldaten und vier Rentnerinnen in der Untersuchung. Noch in der Ausbildung befanden sich nur 4 Männer (9.1 %) und 25 Frauen (24.8 %). Über drei Monate arbeitslos waren 4 Männer (9.1 %) und 11 Frauen (10.9 %). Hier ist sicher ein Zusammenhang mit der allgemeinen Arbeitsmarktlage zu sehen. Es gab 19 Hausfrauen ohne Nebenbeschäftigung im untersuchten Kollektiv (18.8 %). Schließlich waren 10 Arbeiter (22.7 %) und 4 Arbeiterinnen (4.0 %) zu verzeichnen. Im Vergleich der Diagnosegruppen Alkoholabhängige versus Neurosen und Persönlichkeitsstörungen fällt auf, daß 60.7 % der in der Gruppe der Alkoholabhängigen befindlichen Männer, das sind 17 Patienten, Angestellte sind, gegen 25.0 % in der Vergleichsgruppe. Bei den

Frauen ist das Verhältnis nicht so kraß, es sind 50.5 % der alkoholabhängigen Frauen Angestellte gegen 34.2 % in der Vergleichsgruppe. Auffällig erscheint noch, daß in der Gruppe der Neurosen und Persönlichkeitsst. immerhin 31.6 % der Frauen und 25.0 % der Männer sich noch in Ausbildung befinden, wogegen es bei den Alkoholabhängigen 3.6 % der Männer und 9.1 % der Frauen sind (siehe auch Tab. 1.3.5. im Anh.).

Zahl der Stellen in den letzten zwei Jahren

Hier warten die Männer mit 1.1 Stellen im erfragten Zeitraum bei einer Spannweite von 0 bis 4 Stellen mit einer geringfügig höheren Fluktuation auf als die Frauen mit 0.7 Stellen bei einer Spannweite von 0 bis 9 Stellen, wobei man nicht außer acht lassen darf, daß immerhin 19 Frauen, also 18.8 %, als Hausfrau ohne Nebenbeschäftigung und 4 Frauen als Rentnerinnen keinen Stellenwechsel aufweisen. Bei der Gruppe der Alkoholabhängigen lag die Fluktuation mit 1.1 Stellen und einer Spannweite von 0 bis 4 Stellen deutlich höher als bei den Neurosen und Persönlichkeitsstörungen mit 0.7 Stellen und einer Spannweite von 0 bis 2 Stellen (Tab. 1.3.6. im Anh.).

Wohnverhältnisse

Mit weit über sechzig Prozent der Patienten ist die Mietwohnung bei allen Gruppierungen die häufigste Art zu wohnen. Es folgen mit 19.3 % die Bewohner von Eigenheimen und Eigentumswohnungen (Range 25.0 % - 13.2 %) und mit 11.0 % die Patienten, die zur Untermiete wohnen (Range 10.5 % - 25.0 %). Im Wohnheim wohnen vier Patientinnen, und eine Patientin gibt an, obdachlos bzw. nicht seßhaft zu sein, alle fünf Patientinnen, also 13.1 %, sind den Diagnosegruppen der Neurosen und Persönlichkeitsstörungen zuzuordnen (Tab. 1.3.7. im Anh.).

Art und Dauer der Behandlung

Die Behandlung auf der Station umfaßt eine Reihe von Komponenten:

- Regelmäßige therapeutische Einzelgespräche mit dem behandelnden Arzt
- Tägliche Gruppentherapie
- Entspannungsübungen
- Beschäftigungstherapie
- Sport

Die durchschnittliche Behandlungsdauer lag bei den Männern mit 14.1 Tagen höher als bei den Frauen, bei denen die Behandlungsdauer 11.8 Tage betrug. Die Spannweite betrug bei beiden 3 bis 32 Tage. Der Unterschied bei den beiden Vergleichsgruppen betrug, was den Durchschnittswert anging, nur einen Tag, allerdings lag die Spannweite bei den Alkoholabhängigen zwischen 3 und 32 Tagen, während sie bei der Gruppe der Neurosen und Persönlichkeitsstörungen zwischen 3 und 24 Tagen betrug (Tab. 1.3.8. im Anh.).

Zusammenfassung

Zusammenfassend läßt sich über die soziodemographischen Daten im Vergleich der beiden Diagnosegruppen folgendes sagen:

Die Alkoholikergruppe weist auf:

- + ein höheres Alter als die Gruppe der Neurosen und Persönlichkeitsstörungen
- + mehr geschiedene und verheiratete Patienten
- weniger ledige Patienten als die Vergleichsgruppe
- + mehr Patienten, die sich für arbeitsfähig halten
- + mehr Angestellte und Beamte
- weniger Patienten, die sich noch in der Ausbildung befinden
- + eine leicht längere durchschnittliche Behandlungsdauer

2.4.4. Dauer der Untersuchung

Der erste an der Untersuchung teilnehmende Patient wurde am 3. April 1984 aufgenommen, der letzte am 21. Dezember 1984. Entlassen wurde der letzte Patient am 16. Januar 1985, womit die Untersuchung, zumindest, was die Befragung anging, abgeschlossen war.

Zur Begrenzung des Erhebungszeitraums:

Als Bemessungsgrundlage für den genannten Zeitraum war die Anzahl der Patienten festgelegt worden, um eine ausreichende Größe der zu vergleichenden Gruppen sicherzustellen.

2.4.5. Dokumentationsbogen

Zur Erhebung der soziodemographischen Daten wurde von den Patienten der soz. Dokumentationsbogen ausgefüllt. Für die Ablochung der Daten wurde dieser in einen EDV-geeigneten Bogen übertragen und zwei zusätzliche Angaben über die Dauer der Behandlung und die Diagnose nach ICD 9 angefügt (s. Anhang).

2.5. Erfassung der psychopathologischen Daten mittels Lorr-Skalen

Zur Aufgabe einer modernen, wissenschaftlich orientierten Psychiatrie gehört es, ihre Untersuchungsergebnisse nicht nur qualitativ, sondern auch quantitativ darzustellen (s. Mombour et. al., 1974). Eine der diesem Ziele dienenden Methoden ist die Verwendung von Schätzskaleten (rating scales), die in den verschiedenen Bereichen eingesetzt werden können. Es ist dies ein Versuch, Eindrücke zu operationalisieren und dadurch Beschreibungen so zu standardisieren und zu quantifizieren, daß sie weitgehend den Anforderungen einer wissenschaftlichen Untersuchung genügen (s. Brengelmann et. al., 1963). Diese wissenschaftlich quantitative

Methode hat zur Aufgabe, zu einer besseren Vergleichbarkeit der Ergebnisse verschiedener Untersucher zu führen sowie zu einer einheitlichen Beurteilung von Symptomatik, Krankheitsverlauf und Therapieerfolgen. Ein solches Verfahren kommt routinemäßig bei jedem Patienten des MPI-PSK zum Einsatz. Es ist die von M. Lorr entwickelte und schon 1963 publizierte Lorr-Skala zur Erfassung psychopathologischer Befunde, "Inpatient Multidimensional Psychiatric Scale - IMPS" (s. Lorr et. al., 1966). Die Lorr-Skala (s. Mombour et. al., 1973) beschreibt psychopathologische Begriffe in klaren Sätzen der Umgangssprache (z. B. Ist seine Sprache <Sprechweise> verlangsamt, nachdenklich, mühsam?). Die einzelnen Aussagen (Items) müssen teils in einer achtfach quantitativ abgestuften Form von "nicht vorhanden" bis "extrem stark ausgeprägt", teils rein alternativ als "nicht vorhanden" oder "vorhanden" vom Arzt beurteilt werden. Insgesamt gibt es 90 Items. Lorr und Mitarbeiter haben die Skala in intensiven statistisch-quantitativen Untersuchungen an insgesamt vielen tausend Patienten geprüft und mit Hilfe der Faktorenanalyse immer wieder zehn gleichartige Faktoren reproduzieren können, auf die sich die Items aufteilen lassen (s. Lorr et. al., 1963).

Die Faktoren entsprechen in etwa den üblichen klinischen Syndromen der Psychopathologie:

I. Excitement	Manisches Syndrom
II. Hostile belligerence	Aggressive Gereiztheit
III. Paranoid projektion	Paranoides Syndrom
IV. Grandiose expansiveness	Größenwahn, Größenideen
V. Perceptual distortion	Halluzinatorisches Syndrom
VI. Anxious intropunitiveness	Depressives Syndrom
VII. Retardation and apathy	Apathisches Syndrom

VIII. Disorientation

Orientierungsstörungen

IX. Motor disturbances

Katatones Syndrom

X. Conceptual disorganization Formale Denkstörungen

Im Rahmen einer im MPI-PSK in den Jahren 1969 und 1970 durchgeführten Untersuchung (s. Mombour et. al., 1973) über die Lorr-Skala wird festgestellt, daß sich die bekannten klinischen Syndrome im wesentlichen auch durch eine statistische Verarbeitung von Daten des psychopathologischen Befundes objektivieren lassen und nicht nur auf Erfahrung und Eindruck beruhen.

2.6. Einstellung zur Behandlung (EZB)

Der Fragebogen über die Einstellung zur Behandlung hat zum Ziel, die Behandlungsmotivation einschließlich der für Alkoholabhängige besonders wichtigen Abstinenzmotivation zu erfassen (s. Anhang).

Theoretisches Konzept

Fietkau schreibt bezüglich der Einstellung zur Behandlung bei einer Gesprächspsychotherapie (s. Fietkau, 1977): "Der psychisch Gestörte, der um Therapie nachsucht, leidet zwar unter seinen Verhaltens- bzw. Erlebnisweisen; diese verändern sich jedoch nicht, weil sich die diesbezüglichen Verhaltensweisen und Einstellungen in Homöostase befinden, kongruent sind, d. h. zueinander passen. Im Verlauf der Gesprächspsychotherapie werden die Einstellungen des Klienten zu seiner Umwelt, zu sich selbst, zu seinen Schwierigkeiten usw. verändert - neue Einstellungen werden herausgebildet."

Die Patienten befinden sich in verschiedenen Ausgangssituationen, wenn sie zur Beratung oder Therapie kommen. Mit Ausgangssituation ist hier aber nicht der innere Prozeß im Sinne einer Auseinandersetzung z. B. mit den alkoholbedingten Problemen gemeint, sondern

vorwiegend die äußere Situation, welche relativ objektiv durch alkoholbedingte Schäden und Konflikte sowie andere Lebensereignisse, wie sie auch bei anderen psychiatrischen Erkrankungen vorkommen, charakterisiert werden kann. Auf diese objektive Ausgangslage können die Patienten nun in verschiedener Weise reagieren: von einer totalen Verleugnung bis hin zum passiv-resignativen Akzeptieren der Erkrankung. Auf diese verschiedenen Reaktionsweisen trifft nun das Therapieangebot und die meist mit der Kontaktphase verbundenen therapeutischen Interventionen. Daraus entstehen dann Einstellungen zur Therapie und Veränderungsbereitschaften, um die es in dem Fragebogen geht.

Der Zusammenstellung der Items für den EZB lagen folgende Beurteilungsaspekte zugrunde:

1. Das Veränderungsobjekt:

Die zentrale Frage ist hier, ob ein Patient davon ausgeht, daß sich die Umwelt oder er sich selbst ändern muß, damit er auf Dauer seine schwierige psychosoziale Situation besser bewältigen kann.

2. Veränderungsziele:

Hier geht es um die Klarheit der Zielsetzungen hinsichtlich der notwendigen Veränderungen.

3. Veränderungsweise:

Damit sollen vor allem die Vorstellungen des Patienten über seinen Veränderungsprozeß hinsichtlich seiner aktiven oder mehr passiven Beteiligung an der Behandlung angesprochen werden. Ein Beispiel für eine passive Einstellung zur Veränderungsweise wäre die Aussage: Es soll irgendwie automatisch geschehen. Eine aktive Einstellung kommt in der Aussage zum Ausdruck: Ich selbst muß etwas tun, ich selbst werde die Veränderung bewirken.

4. Veränderungsängste:

Hier werden z. B. Ängste vor Verlust des bisher Erreichten und

von bisher wichtigen Bezugspersonen eingeordnet sowie auch Aspekte des Selbstvertrauens auf die eigene Fähigkeit, Dinge zu verändern.

5. Beeinflußbarkeit:

Hierher gehören Aussagen wie: Es macht mir nichts aus, was die anderen über mich denken. Ich kann mich im allgemeinen gut mit einer Sache identifizieren usw...

Im Rahmen der empirischen Skalenentwicklung des EZB-Fragebogens führten die Ergebnisse einer Faktorenanalyse zur Entwicklung einer vier Skalen umfassenden Version, bei dem ein Item jeweils nur einer Skala zugeordnet wurde (Ausnahme Gesamtskala). Die Skalen werden in folgender Weise beschrieben:

1. Skala 1: Gesamtskala "Gesamtmotivation"
enthält 25 Items: Je höher der Wert, desto größer die Gesamtmotivation.
Innere Konsistenz: Alpha = 0.77198
2. Skala 2: "Änderungseinsicht"
enthält 8 Items: Je höher der Wert, desto besser die Einsicht in die Notwendigkeit von Änderungen.
Innere Konsistenz: Alpha = 0.42296
3. Skala 3: "Therapieangst"
enthält 12 Items: Je höher der Wert, desto stärker die Therapieangst.
Innere Konsistenz: Alpha = 0.70673
4. Skala 4: "Problemlosigkeit"
enthält 16 Items: Je höher der Wert, desto unproblematischer wird die Situation gesehen.
Innere Konsistenz: Alpha = 0.73299

Beschreibung des Fragebogens

Der so entwickelte Fragebogen zur Erfassung der Einstellung zur Behandlung wurde bislang hauptsächlich bei Alkoholabhängigen eingesetzt (s. Küfner et. al., 1982). Grundsätzlich können die Items des Fragebogens, vielleicht bis auf einige alkoholbezogene Fragen, auch von Patienten anderer Diagnosegruppen beantwortet werden (Zur Validität s. 6. Diskussion, Abs. Zuverlässigkeit, Reliabilität und Validität der Daten). Durch die Anwendung des EZB auf der Kriseninterventionsstation sollte die Brauchbarkeit auch für andere Diagnosegruppen überprüft werden. Ziel der Untersuchung war es festzustellen, ob die im Verlauf der Krisenintervention erfaßten Einstellungen oder auch die Gesamthaltung gegenüber der Behandlung :

- a) im Verlauf der Behandlung sich verändern und
- b) ob sich ein Unterschied zwischen den beiden Diagnosegruppen Alkoholabhängigkeit und -mißbrauch versus Neurosen und Persönlichkeitsstörungen feststellen läßt.

Jede Aussage innerhalb des 50 Items umfassenden Fragebogens (siehe Anhang S. Nr.) kann auf einer zweistufigen Skala mit den Antwortkategorien

O stimmt O stimmt nicht

beantwortet werden.

Der oben beschriebene Fragebogen wurde den Patienten bei der stationären Aufnahme und bei der Entlassung vorgelegt.

2.7. Therapieerfahrungsliste (TEL)

Theoretisches Konzept und Skalenentwicklung

Erfahrungen der Patienten bei ihrer psycho- und sozialtherapeutisch ausgerichteten Behandlung sollen positiv verändernd und korrigierend auf die Persönlichkeit einwirken. Welche Erfahrungen korrigierend wirken, ob Erfahrungen der Einsicht oder Erfahrungen der eigenen Kompetenz in den verschiedensten Bereichen (i. S. von Ich-Stärke) erscheint empirisch weitgehend ungeklärt. Aus theoretischer Sicht wurden die Einzelerfahrungen in drei Gruppen eingeteilt:

1. In Erfahrungen der Einsicht:

Dabei geht es um Verständnis für eigene Erlebnis- und Verhaltensweisen, um ein Wahrnehmen von Bedürfnissen und Wünschen bei sich selbst und bei anderen.

2. In Erfahrungen der Ich-Stärke:

Hier sind alle Erfahrungen gruppiert, die ein Erleben der eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten beinhalten. Sie stärken das Selbstwertgefühl und tragen zu einem positiveren Selbstbild bei.

3. In Erfahrungen der Empathie:

Damit sind Erfahrungen gemeint, daß jemand sich in der Behandlung akzeptiert, verstanden und geborgen fühlt. Die persönliche Beziehung zum Therapeuten wird hier angesprochen.

Bei der Skalenentwicklung wurden drei Wege eingeschlagen:

1. Eine Überprüfung der eingangs erwähnten, theoretisch konzipierten Bereiche von Therapieerfahrungen (Einsicht, Ich-Stärke, Empathie). Diesen drei Bereichen wurden zunächst die Items zugeordnet und anschließend eine Reliabilitätsanalyse durchgeführt mit dem Ziel, die innere Konsistenz

(Cronbach's Alpha) zu optimieren.

2. Ein faktorenanalytischer Ansatz zur Skalenentwicklung und
3. eine kriterienorientierte Skalenentwicklung anhand verschiedener Erfolgskriterien.

Untersuchungsstichprobe waren alkoholabhängige Patienten bei Entlassung aus stationärer Alkoholismusbehandlung (s. Küfner et. al., 1984).

Die Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse, Varimax-Rotation) ergab fünf Faktoren, die nach den hauptsächlich erfaßten Inhalten in folgender Weise benannt wurden:

1. Ich-Stärke (20 Items, Alpha = .92193),
2. Negative Therapieerfahrungen (9 Items, Alpha = .85503)
3. Beziehung zum Therapeuten (4 Items, Alpha = .72428)
4. Erfahrungen der eigenen Ansprüche und Wünsche (6 Items, Alpha = .65051)
5. Erleichterung durch Gespräche (4 Items, Alpha = .82851)

Diese fünf Skalen erklären 37.2% der Gesamtvarianz und 79.9% der gemeinsamen Varianz.

Die faktorenanalytisch gewonnene Skalenversion wurde zugunsten der theoretisch abgeleiteten Skalenversion aufgegeben, nachdem die Skala Ich-Stärke identisch war mit der entsprechenden Skala der theoretisch abgeleiteten Skalenversion und die vier weiteren Skalen keinen Zusammenhang mit verschiedenen Erfolgskriterien erkennen ließen.

Die für die weitere Auswertung verwendete Skalenversion der Therapieerfahrungsliste ist durch folgende Angaben charakterisiert:

Skala 1	"Einsicht"	:	19 Items; Alpha = .82119
Skala 2	"Ich-Stärke"	:	22 Items; Alpha = .90361
Skala 3	"Empathie"	:	15 Items; Alpha = .84510

Die Skalenbezeichnungen bedeuten jeweils Erfahrungen der Einsicht, der Ich-Stärke und der Empathie i. S. von Sich-verstanden-Fühlen.

Die Therapieerfahrungsliste wurde den Patienten zusammen mit dem zweiten EZB-Fragebogen (Einstellung zur Behandlung) bei der Entlassung aus der stationären Behandlung vorgelegt (s. Anhang).

2.8. Statistische Auswertung, das verwendete EDV-Programm

Die statistische Auswertung erfolgte mittels des SPSS-Programmpakets (Nie et. al., 1975). Die verwendeten statistischen Verfahren werden jeweils bei der Darstellung der Ergebnisse erwähnt.

3. Durchführung der Untersuchung

3.1. Erhebung der soziodemographischen Daten

Die Erfassung der soziodemographischen Daten erfolgte zu Beginn der Behandlung, also so bald als möglich, das heißt, am Tage der stationären Aufnahme oder am darauf folgenden Tag nach stationärer Aufnahme auf der Station 3B im Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München. Der zugehörige Dokumentationsbogen ist im Anhang abgebildet.

3.2. Erhebung der Daten "Einstellung zur Behandlung" (EZB)

Entsprechend der Fragestellung nach der Veränderung der Einstellung zur Behandlung gliederte sich die Untersuchung in zwei Erhebungen:

1. Erhebung; zu Beginn der stationären Behandlung (gleichzeitig mit dem Dokumentationsbogen soziodemographische Daten) zur Erfassung der Einstellung zur Behandlung bei Beginn derselben sowie dem ersten Vergleich der Diagnosegruppen untereinander.
2. Erhebung; bei Ende der stationären Behandlung (zeitgleich mit der Therapieerfahrungsliste) zur Erfassung einer möglicherweise veränderten Einstellung zur Behandlung im Verhältnis zur 1. Erhebung, die ja zu Beginn der Behandlung erfolgte. Für den Fall, daß eine Änderung vorlag, sollte dann ein Vergleich der beiden Diagnosegruppen Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit versus Persönlichkeitsstörungen und Neurosen stattfinden.

3.3. Erhebung der Daten der Therapieerfahrungsliste (TEL)

Zur Erfassung der Therapieerfahrungen fand, wie schon erwähnt, eine Befragung am Ende der Behandlung gemeinsam mit der 2. Erfassung des EZB statt. Dem schloß sich ein Vergleich zwischen Veränderungen der Einstellung zur Behandlung und den Therapieerfahrungen sowie den Diagnosegruppen an.

4. Datenausfälle

Es gab sieben Items, die überdurchschnittlich oft nicht beantwortet wurden, vier davon hatten einen direkten Alkoholbezug. Vor allem in der Diagnosegruppe 2 (Neurosen und Persönlichkeitsstörungen) lagen die Ausfälle bei etwa 25 % der in dieser Diagnosegruppe vertretenen Patienten. Wogegen in der Diagnosegruppe 1 (Alkohol abhängigkeit und -mißbrauch) nur etwa 5 % der Patienten die Fragen nicht beantworteten und damit nahe den bei allen Fragen bestehenden Ausfällen lagen. In der Hauptsache sahen sich also die Patienten der Diagnosegruppe 2 außerstande, die spezifischen Alkoholfragen zu beantworten. Die restlichen drei Fragen hatten keine so hohen Ausfälle und wurden bei beiden Diagnosegruppen von ca. 10 % der Patienten nicht beantwortet.

Tab. IV.2. Datenausfälle bei einzelnen EZB-Items.

(DG 1 = Alkoholabhängigkeit und -mißbrauch
 DG 2 = Neurosen und Persönlichkeitsstörungen
 EZB = Aufnahmeuntersuchung
 EZE = Entlassungsuntersuchung)

1.	EZB 11 EZE	Wenn ich einen Partner finde, der zu mir paßt, habe ich keine Alkoholprobleme mehr					
		Ges.-Gruppe (N=145)		DG 1 (N=61)		DG 2 (N=50)	
		EZB	EZE	EZB	EZE	EZB	EZE
Ausfälle		21	21	3	3	9	13
%		14.5	14.5	4.9	4.9	18	26
2.	EZB 16 EZE	Durch eine Therapie werden meine Probleme und Konflikte gelöst					
		Ges.-Gruppe		DG 1		DG 2	
		EZB	EZE	EZB	EZE	EZB	EZE
Ausfälle		18	11	6	5	7	4
%		12.4	7.6	9.8	8.2	14	8
3.	EZB 18 EZE	Ich glaube, eine Behandlung hat für mich nur Sinn, wenn auch mein Partner einbezogen wird					
		Ges.-Gruppe		DG 1		DG 2	
		EZB	EZE	EZB	EZE	EZB	EZE
Ausfälle		14	8	5	2	6	3
%		9.6	5.5	8.2	3.3	12	6
4.	EZB 22 EZE	Ich bin mir gegenwärtig nicht sicher, ob es notwendig ist, mein Leben lang abstinent zu bleiben					
		Ges.-Gruppe		DG 1		DG 2	
		EZB	EZE	EZB	EZE	EZB	EZE
Ausfälle		21	24	2	5	13	13
%		14.5	16.6	3.3	8.2	26	26
5.	EZB 24 EZE	Ich erwarte, daß der Therapeut sich aktiv bei meinen Schwierigkeiten im Arbeitsbereich einschaltet					
		Ges.-Gruppe		DG 1		DG 2	
		EZB	EZE	EZB	EZE	EZB	EZE
Ausfälle		13	7	7	3	4	2
%		8.9	4.8	11.5	4.9	8	4
6.	EZB 40 EZE	Wenn ich nur keinen Alkohol mehr trinke, ändert sich alles zum Guten					
		Ges.-Gruppe		DG 1		DG 2	
		EZB	EZE	EZB	EZE	EZB	EZE
Ausfälle		23	26	1	4	11	14
%		15.9	17.9	1.6	6.5	22	28

7. EZB 50 Mir wäre es am liebsten, wenn es ein Medikament
EZE oder eine Technik gäbe, die das Verlangen nach
Alkohol abstellt

	Ges.-Gruppe		DG 1		DG 2	
	EZB	EZE	EZB	EZE	EZB	EZE
Ausfälle	23	28	3	7	12	13
%	15.9	19.3	4.9	11.5	24	26

Tab. IV.2.b. Datenausfälle im Vergleich der beiden
Diagnosegruppen bei insgesamt 46 Items.

(DG 1 = Alkoholabhängigkeit und -mißbrauch
DG 2 = Neurosen und Persönlichkeitsstörungen)

	DG 1 (N=61)		DG 2 (N=50)	
	Aufn.	Entl.	Aufn.	Entl.
Gesamt- ausfälle	90	144	89	81
Durchschn. pro Item	1.95	3.13	1.93	1.76
Ausfälle prozentual	3.1	5.0	3.8	3.5

Tab. IV.2.c. Datenausfälle im Vergleich der beiden
Diagnosegruppen bei insgesamt 4 alkoholbezogenen
Items.

	DG 1 (N=61)		DG 2 (N=50)	
	Aufn.	Entl.	Aufn.	Entl.
Gesamt- ausfälle	11	18	45	53
Durchschn. pro Item	2.77	4.50	11.25	13.25
Ausfälle prozentual	4.5	7.4	22.5	26.5

5. Ergebnisse

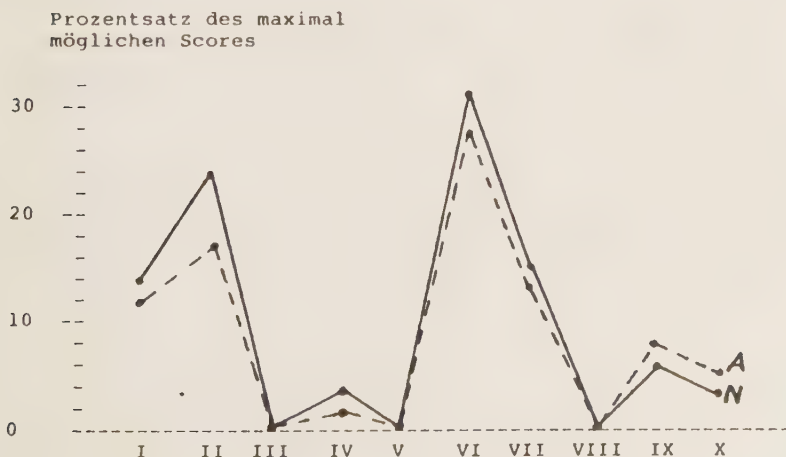
5.1. Psychopathologische Beschreibung der beiden Untersuchungsgruppen anhand der Lorr-Skalen

Im folgenden vergleichen wir die beiden Diagnosegruppen (Alkoholabhängigkeit und -mißbrauch versus Neurosen und Persönlichkeitsstörungen) sowie Männer und Frauen anhand der IMPS-Skalen (Lorr & Klett, 1966). Hinsichtlich der Skalenwerte wird jeweils der Prozentsatz des maximal möglichen Faktorenscores aufgeführt. Die einzelnen Werte sind als Summenprozent-Score, berechnet auf den Durchschnitt der Gruppe, angegeben. Dadurch ist es möglich, die einzelnen Faktoren, die eine unterschiedliche Zahl von Items aufweisen, anschaulicher miteinander zu vergleichen. Es zeigte sich (siehe Abb. 2 und 3) eine weitgehende Übereinstimmung hinsichtlich des psychopathologischen Befundes zwischen den Diagnosegruppen sowie zwischen Männern und Frauen. Der Vergleich mit dem Skalenprofil der Neurosengruppe in der Arbeit von Mombour (Mombour et. al., 1973) zeigt eine hohe Übereinstimmung der von ihm ermittelten Werte der Lorr-Skalen für Neurosen mit den in dieser Arbeit gefundenen Werten. Der Kurvenverlauf ist weitgehend identisch bis auf einen im Vergleich gering höheren Wert des Faktors II "Hostile Belligerence" (Aggressive Gereiztheit), welcher wahrscheinlich auf die spezielle Situation und Stimmungslage von Krisenpatienten zurückzuführen ist.

Abb. 2 Lorr-Skalen. Prozentsatz des maximal möglichen Faktorenscores für Männer und Frauen.



Abb. 3 Lorr-Skalen. Prozentsatz des maximal möglichen Faktorenscores für die Diagnosegruppen Alkoholabhängigkeit und -mißbrauch versus Neurosen und Persönlichkeitsstörungen.



5.2. Einstellung zur Behandlung

5.2.1. Bei der stationären Aufnahme (Tab. 2.1. im Anh.)

Die Einstellung zur Behandlung wurde zunächst für die Gesamtgruppe und anschließend für verschiedene Teilgruppen beschrieben.

5.2.1.1. Gesamtgruppe

Auffallend ist, daß bei einigen Items eine Bejahungshäufigkeit von über 90 % zu verzeichnen war, und zwar sowohl in der Gesamtgruppe wie auch bei Männern und Frauen. Dies war bei folgenden Items der Fall:

EZB 1

Ich glaube, daß ich selbst Wesentliches dazu beitragen kann, damit meine Probleme und Konflikte gelöst werden.

Gesamtgr.	91.6 %	Männer	90.7 %	Frauen	92.0 %
-----------	--------	--------	--------	--------	--------

EZB 3

So kann es nicht weitergehen, ich muß mein Leben anders gestalten.

Gesamtgr.	91.6 %	Männer	95.5 %	Frauen	89.9 %
-----------	--------	--------	--------	--------	--------

EZB 31

Entscheidend ist mein eigener Wille, etwas zu ändern.

Gesamtgr.	95.8 %	Männer	95.5 %	Frauen	96.0 %
-----------	--------	--------	--------	--------	--------

Die drei Items beziehen sich inhaltlich auf die Vorstellung, Probleme selbst in die Hand zu nehmen und zu bewältigen. Diese Einstellung erscheint bei den Patienten vorherrschend. Dabei kommt die Kehrseite, der Ohnmacht, die ja zu der stationären Aufnahme geführt hat, nicht zum Ausdruck.

Von weniger als 20 % der Stichprobe wurden folgende Items bejaht:

EZB 45

Das Beste für mich ist, ich bleibe wie ich bin.

Gesamtgr. 14.7 % Männer 11.6 % Frauen 16.1 %

EZB 6

Im großen und ganzen bin ich mit meiner gegenwärtigen Situation zufrieden.

Gesamtgr. 18.3 % Männer 15.9 % Frauen 19.4 %

EZB 7

Ich kann mir nicht vorstellen, daß es mir hilft, wenn ich jemandem meine Probleme erzähle.

Gesamtgr. 24.1 % Männer 14.0 % Frauen 28.6 %

EZB 4

Ich möchte mich nicht mit den Problemen anderer Leute, z. B. in der Therapiegruppe, belasten.

Gesamtgr. 24.3 % Männer 14.0 % Frauen 28.7 %

EZB 17

Für das, was aus mir geworden ist, fühle ich mich nicht verantwortlich.

Gesamtgr. 24.5 % Männer 15.9 % Frauen 28.4 %

Die oben genannten Items weisen darauf hin, daß ca. ein Viertel, d. h. ein nicht unbeträchtlicher Teil der Patienten deutliche Vorbehalte und Widerstände gegen die Behandlung und gegen Veränderungen der eigenen Persönlichkeit zeigt. Bei den Frauen erscheint dieser Widerstand ausgeprägter; sie haben durchgängig leicht höhere Bejahungshäufigkeiten (auf die Unterschiede im einzelnen zwischen den Geschlechtern wird im nächsten Abschnitt eingegangen).

5.2.1.2. Unterschiede zwischen Männern und Frauen (Tab. 2.1. im Anh.)

Bei folgenden Items ergaben sich auffällige Unterschiede zwischen Männern und Frauen.

a) Die fünf höchsten Differenzen fanden sich bei folgenden Items. Das Zeichen (+) bedeutet jeweils, daß mehr Männer mit "stimmt" geantwortet haben:

EZB 11

Wenn ich einen Partner finde, der zu mir paßt, habe ich keine Alkoholprobleme mehr.

Differenz	+ 30.1 %	Signifikanz	0.0030
-----------	----------	-------------	--------

EZB 50

Mir wäre es am liebsten, wenn es ein Medikament oder eine Technik gäbe, die das Verlangen nach Alkohol abstellt.

Differenz	+ 19.3 %	Signifikanz	0.0514
-----------	----------	-------------	--------

EZB 43

Ich weiß, daß sich mein Leben ändern wird, aber ich habe Angst, was auf mich zukommt.

Differenz	- 16.9 %	Signifikanz	0.0454
-----------	----------	-------------	--------

EZB 4

Ich möchte mich nicht mit den Problemen anderer Leute, z. B. in einer Therapiegruppe, belasten.

Differenz	- 14.7 %	Signifikanz	0.0588
-----------	----------	-------------	--------

EZB 16

Durch eine Therapie werden meine Probleme und Konflikte gelöst.

Differenz	+ 14.7 %	Signifikanz	0.1205
-----------	----------	-------------	--------

Besonders auffällig erscheint, daß Männer sehr viel stärker auf einen idealen Partner fixiert sind als Frauen. Sie sind weniger bereit, sich mit den Problemen anderer zu beschäftigen. Frauen haben dagegen größere Erwartungen an die Behandlung.

b) Die geringsten Differenzen (zwischen 0.1% und 0.5%) ergaben sich bei folgenden Items, zwischen Männern und Frauen (s. Tab. 2.1. im Anhang).

EZB 13

Ich kann eine längere Behandlung nur durchhalten, wenn ich eine schnelle Besserung sehe.

EZB 36

Wenn ich erst das Schlimmste durchgestanden habe, werde ich weitersehen.

EZB 46

Es ist mir fast unmöglich, Schwächen und Ängste vor anderen zuzugeben.

EZB 31

Entscheidend ist mein eigener Wille, etwas zu ändern.

EZB 44

Ich lasse mir gerne von jemandem etwas sagen.

Bei den Items 46 (Schwächen zugeben.) und Item 44 (sich etwas sagen lassen.) hätte man eher Geschlechtsunterschiede erwarten können. Therapeutisch relevant könnte u. U. sein, wie schnell eine Besserung des Zustandes erwartet wird. Die Mehrzahl der Patienten erwartet offensichtlich eine schnelle Besserung.

5.2.1.3. Unterschiede zwischen den beiden Diagnosegruppen.

Die Diagnosegruppen Alkoholabhängigkeit und -mißbrauch (DG 1) wird mit der Diagnosegruppe Persönlichkeitsstörungen und Neurosen (DG 2) hinsichtlich der Einstellungen zur Behandlung (EZB)(Tab. 2.1.1. im Anh.) verglichen.

a) Bei folgende fünf Items fanden sich signifikante Unterschiede
($p < .001$) in den Bejahungshäufigkeiten:

EZB 17

Für das, was aus mir geworden ist, fühle ich mich nicht verantwortlich.

DG 1	8.5 %	DG 2	37.5 %
------	-------	------	--------

EZB 19

Wenn ich mich erst etwas erholt habe, werde ich schon mit allem fertig werden.

DG 1	61.8 %	DG 2	28.6 %
------	--------	------	--------

EZB 33

Ich halte wenig von Konventionen und üblichen Umgangsformen.

DG 1	20.7 %	DG 2	44.9 %
------	--------	------	--------

EZB 40

Wenn ich nur keinen Alkohol mehr trinke, ändert sich alles zum Guten.

DG 1	59.3 %	DG 2	14.7 %
------	--------	------	--------

EZB 50

Mir wäre es am liebsten, wenn es ein Medikament oder eine Technik gäbe, die das Verlangen nach Alkohol abstellt.

DG 1	57.7 %	DG 2	15.2 %
------	--------	------	--------

Die Ablehnung von Verantwortung für die eigene Situation ist in der Neurotikergruppe sehr viel stärker ausgeprägt als in der Alkoholikergruppe. Dem entspricht auch die mehr pessimistische Haltung der Neurotikergruppe, nicht so schnell mit allem fertig zu werden. Welche Haltung jedoch mehr der tatsächlichen Prognose und der späteren Realität entspricht, bleibt eine offene Frage. Erstaunlich erscheint auch, daß Alkoholiker mehr von Konventionen halten als Neurotiker. Wenn man daran denkt, daß Alkoholabhängige allein schon wegen ihres Trinkverhaltens permanent gegen soziale Konventionen verstoßen, ist dieses Ergebnis erstaunlich.

Die letzten beiden Items sind alkoholspezifisch. Es ist deshalb plausibel, daß hier die Alkoholikergruppe eine höhere Bejahungshäufigkeit aufweist.

b) Fünf weitere Items zeigten eine signifikante Differenz ($p < .05$)

EZB 7 Ich kann mir nicht vorstellen, daß es mir hilft, wenn ich jemandem meine Probleme erzähle.

DG 1	15.0	DG 2	37.5
------	------	------	------

EZB 18 Ich glaube, eine Behandlung hat für mich nur Sinn, wenn auch mein Partner einbezogen wird.

DG 1	50.0	DG 2	29.5
------	------	------	------

EZB 25 Von einer Behandlung erhoffe ich mir entscheidende Anregungen, mein Leben anders zu gestalten.

DG 1	90.0	DG 2	76.0
------	------	------	------

EZB 35 Wenn ich so weitermache wie bisher, gehe ich zugrunde.

DG 1	96.7	DG 2	82.0
------	------	------	------

EZB 49 Ich wäre nicht gekommen, wenn ich nicht von anderer Seite gedrängt worden wäre.

DG 1	27.1	DG 2	48.9
------	------	------	------

Weniger Neurotiker können sich vorstellen, daß es ihnen helfen würde, jemandem von ihren Problemen zu erzählen. Auch hier hätte man eher ein umgekehrtes Ergebnis erwartet, daß nämlich die Alkoholikergruppe eher einem Gespräch abgeneigt ist.

Mehr Alkoholiker sehen nur dann einen Sinn in einer Behandlung, wenn ihre Partner mit einbezogen werden. Wahrscheinlich hängt dies damit zusammen, daß mehr Männer in der Alkoholikergruppe sind und für Männer die Partnerbeziehung eine größere Rolle spielt als für Frauen.

Etwa 90 % der Alkoholiker erwarten von der Behandlung entscheidende Anregungen zu einer anderen Gestaltung ihres Lebens.

Über 96 % der Alkoholiker glauben, daß sie zugrunde gehen, wenn sie so weitermachen wie bisher. Wiederum ist die positivere

Einstellung zur Therapie und zu Veränderungen der Alkoholabhängigen auffällig.

Dazu paßt auch, daß mehr Neurotiker, nämlich fast die Hälfte, angeben, sich nur in Behandlung begeben haben, weil sie von anderer Seite dazu gedrängt wurden.

c) Dagegen war bei folgenden Items eine weitgehende Übereinstimmung zu verzeichnen:

EZB 8

Eigentlich brauche ich mich nicht wesentlich zu verändern, um mit meinen Schwierigkeiten fertig zu werden.

Differenz	0.8 %	Durchschnittliche Bejahungshäufigkeit	ca. 20 %
-----------	-------	---------------------------------------	----------

EZB 23

Ich brauche anders geartete Menschen um mich, damit ich mich ändern kann.

Differenz	1.0 %	Durchschnittliche Bejahungshäufigkeit	ca. 45 %
-----------	-------	---------------------------------------	----------

EZB 42

In einer Therapie bin ich grundsätzlich bereit, auch starke Spannungen auszuhalten.

Differenz	1.7 %	Durchschnittliche Bejahungshäufigkeit	ca. 32 %
-----------	-------	---------------------------------------	----------

EZB 44

Ich lasse mir gerne von jemandem etwas sagen.

Differenz	0.1 %	Durchschnittliche Bejahungshäufigkeit	ca. 70 %
-----------	-------	---------------------------------------	----------

EZB 45

Das Beste für mich ist, ich bleibe, wie ich bin.

Differenz	0.3 %	Durchschnittliche Bejahungshäufigkeit	ca. 9 %
-----------	-------	---------------------------------------	---------

In den heterogenen Inhalten und Themen dieser Items mit praktisch gleicher Antworthäufigkeit bei Alkoholabhängigen und Neurotikern sind keine zusammengehörigen Trends erkennbar.

5.2.1.4. Vergleich der Diagnosegruppen anhand der EZB-Skalen (Siehe Tab. 2.1.4. im Anhang.)

- Die Neurotikergruppe weist eine etwas höhere Gesamtmotivation auf als die Alkoholikergruppe ($p = 0.39$)
- Die Alkoholikergruppe zeigte eine höhere Einsicht zu Änderungen (siehe auch Absatz 2.2.1.) ($p = 0.17$).
- Die Alkoholikergruppe hat weniger Angst vor der Therapie ($p = 0.09$) und sieht die eigene Lage weniger problembehaftet ($p < .05$) als die Neurotikergruppe.

5.2.2. Die Einstellung zur Behandlung bei der Entlassung (EZE)

Zunächst werden die auffälligsten Ergebnisse bei isolierter Betrachtung des EZB bei der Entlassung beschrieben. Danach werden die Veränderungen gegenüber der Aufnahmeuntersuchung dargestellt.

5.2.2.1. Items mit über 90 % Bejahungshäufigkeit

Vier Items hatten eine Bejahungshäufigkeit von über 90 Prozent. Zu den schon aus der Eingangsuntersuchung bekannten Items (EZE 1, EZE 3 und EZE 31) kam ein Item hinzu, dies war:

EZE 35

Wenn ich so weitermache wie bisher, gehe ich zugrunde.

Gesamt 90.1 % Männer 90.2 % Frauen 89.9 %

Die vier Items zeigen eine inhaltlich ähnliche Struktur bezüglich der Vorstellung, Probleme selbst in die Hand zu nehmen und zu bewältigen, und alle haben sie eine steigende Tendenz von "stimmt"-Antworten im Verlauf der Behandlung gezeigt (siehe Tab. 2.1.1. im Anh.).

Das bedeutet, daß die Einsicht in die Notwendigkeit von Ver-

Änderungen und gleichzeitig die Einstellung, selbst dabei aktiv zu werden, im Verlauf der Behandlung gewachsen sind. Dies kann als positives Ergebnis der Behandlung gewertet werden. Dies auch, wenn kein kausaler Nachweis für den Effekt der Behandlung auf diese Items vorliegt.

5.2.2.2. Vergleich der Diagnosegruppen Alkoholismus (1) versus Neurosen (2) für die Entlassung.

Bei den folgenden Items fanden sich hohe Differenzen zwischen den Diagnosegruppen bezüglich der Bejahungshäufigkeit:

EZE 12

Wenn ich ernst mache mit einer Behandlung, habe ich Angst, mich selbst aufzugeben.

DG 1	5.2 %	DG 2	24.5 %
------	-------	------	--------

EZE 25

Von einer Behandlung erhoffe ich mir entscheidende Anregungen, mein Leben anders zu gestalten.

DG 1	89.8 %	DG 2	68.8 %
------	--------	------	--------

EZE 37

Ich habe im allgemeinen Schwierigkeiten, in einer Gruppe (in der Arbeit, Freizeit) zurechtzukommen.

DG 1	27.6 %	DG 2	48.9 %
------	--------	------	--------

EZE 40

Wenn ich nur keinen Alkohol mehr trinke, ändert sich alles zum Guten.

DG 1	49.0 %	DG 2	20.7 %
------	--------	------	--------

EZE 50

Mir wäre es am liebsten, wenn es ein Medikament oder eine Technik gäbe, die das Verlangen nach Alkohol abstellt.

DG 1	47.8 %	DG 2	30.0 %
------	--------	------	--------

Die signifikanten Unterschiede in der Bejahungshäufigkeit bei der Aufnahmeuntersuchung nahmen ab bei dem Item EZB 17, was bedeutet, daß die Neurotiker sich nun eher für das verantwortlich fühlen,

was aus ihnen geworden ist, bei EZB 19 zeigt sich, daß die Alkoholiker erkannt haben, daß sie einer weiteren Therapie bedürfen und bei Item EZB 33 ist eine Zunahme bei den Alkoholikern zu verzeichnen, die weniger von Konventionen und üblichen Umgangsformen halten (s. auch Tab. 2.1.1. im Anhang).

Zusätzlich zeigte sich bei folgendem Item eine hohe Signifikanz ($p < .03$):

EZE 45

Das Beste für mich ist, ich bleibe, wie ich bin.

DG 1	1.8 %	DG 2	12.2 %
------	-------	------	--------

Die Angst vor einer Behandlung (i. S. von Sich-selbst-Aufgeben) erscheint bei den Neurotikern stärker ausgeprägt als bei den Alkoholabhängigen. Dem entspricht auch eine geringere positive Erwartungshaltung an die Behandlung dieser Patientengruppe.

5.2.2.3. Vergleich von Männern und Frauen (EZB-Skalen, bei der Entlassung)

Wie bei der Aufnahme zeigte sich auch bei der Entlassung kein Unterschied in den EZB-Skalen Gesamtmotivation, Änderungseinsicht, Therapieangst und Problemlosigkeit, zwischen Männern und Frauen.

5.2.2.4. Vergleich der Diagnosegruppen (EZB-Skalen, Entlassung)
(Tab. 2.1.4. im Anh.)

- Auch bei der Entlassung ist die Neurotikergruppe stärker motiviert (Skala Gesamtmotivation) zur Behandlung als die Alkoholikergruppe, und nach wie vor ist ihre Therapieangst stärker ausgeprägt.

- In der Frage der Änderungseinsicht und der Tendenz, Probleme zu verharmlosen, waren keine statistisch nennenswerten Unterschiede zu verzeichnen.

5.2.2.5. Vergleich Aufnahme versus Entlassung EZB-Einzelitems

Änderung innerhalb der Einzelitems, die im Verlauf der Untersuchung eingetreten sind (Tab. 2.1.2. im Anh.).

Im folgenden sind die fünf höchsten Steigerungen bei den "stimmt"-Antworten in mindestens einer der beiden Diagnosegruppen tabellarisch aufgeführt (Tab. 2.2.5.a.):

Tab. 2.2.5.a. Zunahme der "stimmt"-Antworten zwischen Aufnahme- und Entlassungsuntersuchung in den Diagnosegruppen.

EZB Item Nr.	Alkoholiker- gruppe	Neurotiker- gruppe
5	14.4 %	22.4 %
6	19.9 %	19.1 %
7	(- 1.0 %)	23.2 %
38	16.1 %	(0.6 %)
42	15.3 %	(1.3 %)
48	16.7 %	17.8 %
50	(- 9.9 %)	14.8 %

() In Klammern sind die Vergleichswerte der jeweils anderen Diagnosegruppe angegeben, ein negatives Vorzeichen zeigt eine Abnahme der "stimmt"-Antw. an.

Bei dem Item Nr. 5 sind in beiden Diagnosegruppen größere Steigerungen der Ja-Antworten zu verzeichnen (Ich mache nur das, wovon ich auch überzeugt bin.), was auf eine Zunahme der Ich-

Stärke hinweist. Die Zunahme von immerhin 19 % in beiden Diagnosegruppen bei dem Item Nr. 6 (Im großen und ganzen bin ich mit meiner gegenwärtigen Situation zufrieden.) läßt auf eine positive Therapieerfahrung schließen. Bei der Alkoholikergruppe ist eine deutlich positive Änderung der Einstellung gegenüber der Nützlichkeit von Gesprächen im Item Nr.7 zu sehen. In den Items Nr. 38 (Ich glaube, daß ich Spannungen und Ängste ganz gut aushalten kann.) und 42 (In einer Therapie bin ich grundsätzlich bereit, auch starke Spannungen auszuhalten.), beide mit einer Steigerung von mehr als 15 %, kommt in der Alkoholikergruppe wieder eine Steigerung der Ich-Stärke zum Ausdruck, verdeutlicht durch den Eindruck, Spannungen und Ängste jetzt besser aushalten zu können. Die Neurotikergruppe hat bei diesen Fragen keine Änderung gezeigt. In beiden Gruppen kam es zu einem gleichstarken Anstieg bezüglich der Einstellung "Nur ich selbst kann meine Probleme lösen" (Item Nr. 48, ca. 17 %). Trotz einer Abnahme von ca. 10 % in der Alkoholikergruppe, wünschten sich, auch nach Ende des stationären Aufenthaltes, fast die Hälfte der Patienten beider Diagnosegruppen ein Medikament oder eine Technik, die das Verlangen nach Alkohol abstellt.

Zusammenfassend kann eine Zunahme des Selbstvertrauens in die eigenen Fähigkeiten zur Lösung von Problemen verzeichnet werden sowie eine positivere Einstellung zu Gesprächen und ihrer Nützlichkeit.

Bei einer Reihe von Items bedeutet eine Abnahme der Bejahungstendenz eine Zunahme (z.B. des Selbstvertrauens). Dies zeigte sich bei den in Tab. 2.2.5.b. aufgeführten Items.

Tab. 2.2.5.b. Abnahme der "stimmt"-Antworten zwischen Aufnahme- und Entlassungsuntersuchung in den Diagnosegruppen.

EZB Item Nr.	Alkoholiker- gruppe	Neurotiker- gruppe
10	(- 15.0 %)	- 25.6 %
13	(- 15.2 %)	- 23.7 %
17	(- 1.7 %)	- 20.8 %
19	- 19.4 %	(7.6 %)
24	(- 2.2 %)	- 14.2 %
26	- 17.3 %	(- 12.5 %)
29	(- 15.8 %)	- 16.5 %
34	- 16.0 %	(- 1.1 %)
46	- 16.0 %	(- 6.9 %)
47	- 28.5 %	(- 10.6 %)

() In Klammern sind die Vergleichswerte der jeweils anderen Diagnosegruppe angegeben, ein negatives Vorzeichen zeigt eine Abnahme der "stimmt"-Antw. an.

In den Items Nr. 10 und 13 geben etwa 25 % der Neurotikergruppe an, daß sie das Leben nun besser bewältigen können bzw. auch eine längere Therapie besser durchhalten können als vor der Therapie, in der Alkoholgruppe sind es etwa 15 % der Patienten, die dies angeben.

In der Neurosengruppe ist eine Abnahme von 20 % bei dem Item Nr. 17 zu registrieren (Alkoholgruppe 1.7 % Abnahme), sie sehen somit nach der Therapie eher eine Eigenverantwortlichkeit für das, was aus ihnen geworden ist.

Im Sinne einer positiven Motivationsänderung zur Weiterbehandlung muß die Abnahme von 19% in der Alkoholgruppe bei dem Item Nr. 19

(Wenn ich mich erst erholt habe, werde ich schon mit allem fertig werden.) gesehen werden, während die Zunahme von über 7 % bei dem gleichen Item in der Neurosengruppe im Sinne einer Ich-Stärkung gewertet werden kann.

Die Bereitschaft, mehr Verantwortung für sich zu tragen und Konflikte selbst anzugehen, kommt in der Abnahme von 14 % bei dem Item Nr. 24 (Ich erwarte, daß der Therapeut sich aktiv bei meinen Schwierigkeiten im Arbeitsbereich einschaltet.) bei der Neurosen-Gruppe zum Ausdruck. Ähnliches gilt für Item Nr. 26 (Ich möchte meine Probleme und Konflikte möglichst schnell vergessen), wo eine Abnahme von 17 % in der Alkoholgruppe und über 12 % in der Neurosengruppe zu verzeichnen waren.

Trotz einer Abnahme von etwa 16 % in beiden Diagnosegruppen weiß ein Drittel der Patienten nicht, woran es liegt, daß sie ständig Probleme und Konflikte haben (Item Nr. 29).

Eine wachsende Ich-Stärke kommt in der 16 - prozentigen Verringerung der zustimmenden Antworten in den Items 34 (Ich glaube, ich müßte eine ganz andere Person werden, damit meine Probleme und Konflikte gelöst werden.) und 46 (Es ist mir fast unmöglich, Schwächen und Ängste vor anderen zuzugeben.) bei der Alkoholgruppe zum Ausdruck.

Die Bereitschaft, sich mit anderen auseinanderzusetzen, hat zugenommen, was sich in der fast 30 - prozentigen Abnahme in der Gruppe der Alkoholiker und der 11 - prozentigen Abnahme in der Gruppe der Neurosen bei Item Nr. 47 (Ich kann mir nicht vorstellen, daß aggressive Auseinandersetzungen mit anderen mich weiterbringen könnten.) zeigt. Das kann so interpretiert werden, daß die Voraussetzung für eine psychotherapeutisch orientierte Behandlung nun günstiger erscheinen.

5.2.2.6 Veränderungen in den EZB-Skalen zwischen Aufnahme und Entlassung (Tab. 2.2.5. im Anh.)

Bei dem t-Test für abhängige Stichproben zeigten sich zum Teil signifikante Änderungen der EZB-Skalenwerte zwischen der Aufnahme- bzw. Entlassungserhebung. Im Vergleich der Diagnosegruppen fanden sich folgende Ergebnisse:

Diagnosegruppe Alkoholabhängigkeit und -mißbrauch

Bei drei Skalen ergaben sich hochsignifikante Abnahmen der Skalenwerte. Dies waren:

Skala EZB G1 Gesamtmotivation

Skala EZB G3 Therapieangst

Skala EZB G4 Problemlosigkeit

In der Skala EZB G2 Änderungseinsicht fand sich kein Unterschied.

Die Abnahme der Therapieangst erscheint positiv, ebenso die geringe Tendenz, die Probleme und Konflikte zu verharmlosen. Die Abnahme der Gesamtmotivation ist sicherlich nur differenziert zu beurteilen. Bei jenen Patienten, deren Behandlung als abgeschlossen betrachtet werden kann, erscheint eine Abnahme günstig, nicht aber bei jenen, für die eine weitere Behandlung indiziert ist.

Diagnosegruppe Neurosen und Persönlichkeitsstörungen

In zwei Skalen fanden sich signifikante Abnahmen der EZB-Skalenwerte. Dies waren:

Skala EZB G1 Gesamtmotivation

Skala EZB G3 Therapieangst

In den Skalen EZB G2 Änderungseinsicht und EZB G4 Problemlosigkeit fanden sich keine Änderungen.

Die Änderungen in den Skalen Gesamtmotivation und Therapieangst stehen in Übereinstimmung mit den Änderungen in der Alkoholgruppe.

Zusammenfassung

Zusammenfassend fällt auf, daß in der Alkoholgruppe eine deutlich stärkere Abnahme der Gesamtmotivation zu verzeichnen war. Zudem war auffallend, daß die Neurosengruppe eine deutlich größere Therapieangst hatte und auch eine geringere Abnahme der Therapieangst in dieser Gruppe erkennbar ist. In der Skala Problemlosigkeit ist nur in der Alkoholgruppe eine signifikante Abnahme zu verzeichnen, bei einem deutlich höherem Wert in Eingangs- und Entlassungserhebung als in der Gruppe der Neurosen. Bei der Skala Änderungseinsicht finden sich weder statistisch wesentliche Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen noch zwischen Aufnahme- und Entlassungserhebung.

5.3. Therapieerfahrungsliste

5.3.1. Einzelitems: Beschreibung allgemeiner Antworttendenzen
(Tab. 3.1. im Anh.)

Hohe Bejahungshäufigkeit

Bei einigen Items fiel eine hohe Tendenz zu den Antworten "ja" und "eher ja" auf, dies waren:

TEL 2

Man hat mich akzeptiert trotz meiner Schwächen und Probleme.

Mittelw. = 1.27 84.5 % ja und eher ja

TEL 4

Ich meine, daß ich trotz aller positiven Erfahrungen noch weiter an mir arbeiten muß, um das Gelernte zu erhalten und zu stabilisieren.

Mittelw. = 1.26 93.6 % ja und eher ja

TEL 20

Ich habe gesehen, wie wichtig es ist, langfristig an sich zu arbeiten.

Mittelw. = 1.31 93.7 % ja und eher ja

TEL 57

Mit meinem Therapeuten habe ich immer gerne gesprochen.

Mittelw. = 1.59 84.2 % ja und eher ja

TEL 68

Ich habe erfahren, daß auch andere Leute ähnliche Schwierigkeiten wie ich haben.

Mittelw. = 1.35 93.7 % ja und eher ja

Hohe Verneinungshäufigkeit

Einige Items wurden vornehmlich mit "nein" und "eher nein" (e.n.) beantwortet, die in ihrer Verneinung aber positive Aussagen über die Therapieerfahrungen enthalten, dies waren:

TEL 5

Mein Therapeut hat mir nur wenig geben können.

Mittelw. = 4.01 68.8 % nein und e.n.

TEL 6

Mein Eindruck ist, daß ich nicht zu den anderen Patienten in der Therapie gepaßt habe.

Mittelw. = 3.99 70.0 % nein und e.n.

TEL 11

Ich war nahe daran, die Behandlung ganz abzubrechen.

Mittelw. = 3.99 76.4 % nein und e.n.

TEL 26

Ich habe mich durch die Therapie stark eingeengt gefühlt.

Mittelw. = 4.07 80.0 % nein und e.n.

TEL 44

Der (die) Therapeut(en) hat (haben) mir seine (ihre) Überlegenheit deutlich spüren lassen.

Mittelw. = 4.12 78.9 % nein und e.n.

TEL 70

Ich habe nie richtig verstanden, worum es in der Behandlung ging.

Mittelw. = 4.04 72.5 % nein und e.n.

Zusammenfassung:

In den vorangegangenen Items zeigt sich eine positive Erfahrung der Patienten in der Gesamtgruppe bezüglich:

- einer Stärkung des Selbstwertgefühls

(Item 2 und 6)

- einer Stärkung der Motivation zur Fortsetzung der Therapie

(Item 4, 11 und 20)

- einer offenen und warmen Atmosphäre in der Therapie
(Item 26 und 68)
- eines guten Verhältnisses zum Therapeuten
(Item 5, 44 und 57)
- eines besseren Verständnisses der Situation
(Item 68 und 70)

5.3.2. Vergleich Männer - Frauen

Bei folgenden Items zeigten sich signifikante ($p < .05$) Unterschiede zwischen Männern und Frauen:

TEL 6

Mein Eindruck ist, daß ich nicht zu den anderen Patienten in der Therapie gepaßt habe.

Mittelw. Männer 4.37 Frauen 3.82

TEL 9

Ich habe gelernt, Probleme und Konflikte ohne Alkohol zu ertragen und zu lösen.

Mittelw. Männer 1.97 Frauen 2.55

TEL 23

Ich habe erfahren, daß es nützlich ist, sich seine Ohnmacht und Hilflosigkeit einzugestehen.

Mittelw. Männer 1.93 Frauen 1.52

TEL 25

Ich habe neue Seiten und Eigenschaften an mir kennengelernt.

Mittelw. Männer 1.81 Frauen 2.57

TEL 38

Ich habe einiges vom Verhalten der Therapeuten übernommen.

Mittelw. Männer 2.67 Frauen 3.22

TEL 64

Ich habe gelernt, anderen zu sagen, wie es mir geht.

Mittelw. Männer 1.64 Frauen 2.23

Zusammenfassung:

Die Therapieerfahrungen der Männer, bezogen auf die vorangegangenen Items, erscheinen insgesamt betrachtet positiver zu sein als die der Frauen. Dies zeigt sich darin, daß

- mehr Männer das Gefühl hatten, zu den anderen Patienten in der Therapie gepaßt zu haben,
- mehr Männer glaubten gelernt zu haben, Probleme und Konflikte ohne Alkohol zu ertragen und zu lösen,
- mehr Männer den Eindruck hatten, neue Seiten und Eigenschaften an sich im Verlauf der Therapie kennengelernt zu haben,
- mehr Männer einiges vom Verhalten der Therapeuten übernommen haben,
- mehr Männer glauben gelernt zu haben, anderen zu sagen, wie es ihnen geht,

Im Gegensatz dazu steht allerdings das Ergebnis, daß

- mehr Frauen davon überzeugt waren, daß es nützlich sei, sich seine Ohnmacht und Hilflosigkeit einzugestehen.

5.3.3. Vergleich der Diagnosegruppen

Im Vergleich der Diagnosegruppen Alkoholabhängigkeit und -mißbrauch (DG 1) mit den Persönlichkeitsstörungen und Neurosen (DG 2) ergaben sich bei folgenden Items signifikante Unterschiede:

Gruppe von Items mit der Signifikanz $p < .001$ (siehe Tab. 3.3.1. im Anh.)

TEL 1 Ich habe gelernt, nicht so schnell aufzugeben.
(Mehr Ja-Antworten bei der Alkoholgruppe)

TEL 28 Die eigentliche Bewährungszeit für meine geänderte Einstellung zum Alkohol und zum Leben steht mir erst bevor, nachdem die Behandlung abgeschlossen ist.
(Mehr Ja-Antworten bei der Alkoholgruppe)

TEL 31 Ich habe erkannt, daß ich dem Alkohol gegenüber hilflos bin und bleiben werde.
(Mehr Nein-Antworten bei der Neurosengruppe)

TEL 40 Ich habe jetzt mehr Hoffnung als vorher.
(Mehr Ja-Antworten bei der Alkoholgruppe)

TEL 73 Ich habe gesehen, daß meine Alkoholprobleme in
einem engen Zusammenhang mit meinen inneren
Einstellungen und Befürchtungen liegen.
(Mehr Ja-Antworten bei der Alkoholgruppe)

Die TEL-Items 28, 31 und 73 haben einen direkten Alkoholbezug.
Für die Weiterbehandlungsmotivation erscheint ungünstig, daß über
50% der Alkoholgruppe das Item Nr. 31 mit "nein" oder "eher nein"
beantwortet haben, wogegen die positive Tendenz bei TEL 28 und 73
einen günstigen Einfluß auf eine weitere notwendige Therapie
haben wird.

Gruppe von Items mit der Signifikanz $p < .01$ (siehe Tab.
3.3.2. im Anh.)

TEL 6 Mein Eindruck ist, daß ich nicht zu den anderen
Patienten in der Therapie gepaßt habe.
(Mehr Nein-Antworten in der Alkoholgruppe)

TEL 8 Das Sprechen über meine Probleme hat mich
weitergebracht.
(Mehr Ja-Antworten bei der Alkoholgruppe)

TEL 9 Ich habe gelernt, Probleme und Konflikte ohne
Alkohol zu ertragen und zu lösen.
(Mehr Ja-Antworten bei der Alkoholgruppe)

TEL 11 Ich war nahe daran, die Behandlung ganz
abzubrechen.
(Mehr Nein-Antworten in der Alkoholgruppe)

TEL 32 Die Situation ist für mich jetzt ganz anders
als zu Beginn der Therapie.
(Mehr Ja-Antworten bei der Alkoholgruppe)

TEL 38 Ich habe einiges vom Verhalten der Therapeuten
übernommen.
(Mehr Ja-Antworten bei der Alkoholgruppe), aber
über 28 % Unentschiedene in beiden Gruppen)

TEL 39 Ich habe erfahren, daß ich mit meinen Schwächen
und Problemen die Hilfe einer Therapiegruppe
brauche.
(Mehr Ja-Antworten bei der Alkoholgruppe)

TEL 46 Es hat sich gezeigt, daß man eigentlich mit
seinen Problemen und Konflikten allein fertig
werden muß.
(Mehr Ja-Antworten in der Neurosengruppe)

Die Therapieerfahrungen der Alkoholikergruppe, bezogen auf die vorangegangenen Items, erscheinen insgesamt betrachtet positiver zu sein als die der Neurotikergruppe. Dies zeigt sich darin, daß

- mehr Alkoholiker den Eindruck hatten, zu den anderen Patienten in der Therapiegruppe zu passen.
- mehr Alkoholiker die Erfahrung machten, daß das Sprechen über ihre Probleme sie weitergebracht hat.
- mehr Alkoholiker angeben, gelernt zu haben, Probleme und Konflikte ohne Alkohol zu ertragen und zu lösen.
- mehr Alkoholiker verneinen, daß sie nahe daran waren, die Behandlung ganz abzuberechen.
- mehr Alkoholiker glauben, daß ihre Situation ganz anders sei als zu Beginn der Therapie (positiv oder negativ?).
- mehr Alkoholiker vom Verhalten des Therapeuten einiges übernehmen konnten (positiv oder negativ?).
- mehr Alkoholiker erfahren haben, daß sie mit ihren Schwächen und Problemen die Hilfe einer Therapiegruppe brauchen.
- weniger Alkoholiker angeben, daß sich gezeigt hat, daß man eigentlich alleine mit seinen Problemen und Konflikten fertig werden muß.

Dies könnte bedeuten, daß das Behandlungskonzept der Kriseninterventionsstation insgesamt besser auf die Alkoholikergruppe als auf die Neurotikergruppe abgestimmt war.

Zusätzliche Informationen zu Items mit einer Signifikanz $p < .05$ siehe Anhang Tab. 3.3.3.

Diese Items werden hier wegen ihrer häufig geringen Stabilität und Reproduzierbarkeit in anderen Stichgruppen nicht weiter interpretiert.

5.3.4. Vergleich der Diagnosegruppen anhand der TEL-Skalen

Skala 1 Einsicht:

Alkoholiker geben häufiger eine positive Erfahrung an im Sinne von mehr Einsicht und Verständnis für die eigenen Verhaltensweisen als die Neurotiker ($p < .0030$).

Skala 2 Ich-Stärke:

Alkoholiker machen mehr Erfahrungen, die ihr Selbstwertgefühl bestärken. Sie erleben sich im Verlauf der Behandlung als durchsetzungsfähiger und stärker als die Neurotikergruppe ($p < .0267$).

Skala 3 Therapieatmosphäre:

Kein signifikanter Unterschied ergab sich in den positiven Erfahrungen bezüglich einer offenen, warmen Atmosphäre in der Therapie und des Verhältnisses zum Therapeuten, wenn auch hier tendenziell der Wert in der Alkoholikergruppe höher lag.

Tab. 3.4. Vergleich der Diagnosegruppen anhand der TEL-Skalen.

TEL-Skala	Alkoholiker- gruppe	Neurotiker- gruppe	Signifikanz
<u>Skala 1</u> (Einsicht)	79.1	71.5	0.0030
St.-Abw.	9.3	16.0	
N	58	48	
<u>Skala 2</u> (Ich-Stärke)	83.5	75.4	0.0267
St.-Abw.	18.0	20.1	
N	61	50	
<u>Skala 3</u> (Therapieatmosphäre)	59.4	55.3	0.0789
St.-Abw.	11.0	13.0	
N	59	49	

5.4. Zusammenhänge zwischen Einstellungen zur Behandlung und Therapieerfahrungen

5.4.1. Hypothesen

Wir gehen davon aus, daß die Einstellung zur Behandlung in Wechselwirkung mit dem Therapieangebot die Therapieerfahrung bestimmt.

Im einzelnen ergeben sich folgende Hypothesen:

1. Je größer die Gesamtmotivation (Skala 1 EZB), desto positiver die Therapieerfahrung. (Zu Skala 3 TEL)
2. Je stärker ausgeprägt die Änderungseinsicht (Skala 2 EZB), desto intensiver sind die Erfahrungen bezüglich der Einsicht in eigene Verhaltensweisen. (Zu Skala 1 TEL)
3. Je größer die Therapieangst (Skala 3 EZB), desto negativer wird die Therapieatmosphäre erlebt. (Zu Skala 3 TEL)
4. Je größer die Therapieangst (Skala 3 EZB), desto seltener kommt es zu Erfahrungen der Ich-Stärke. (Zu Skala 1 TEL)
5. Je weniger schwerwiegend die eigene Lebenssituation gesehen wird (Problemlosigkeit, Skala 4 EZB), desto weniger kommt es zu Erfahrungen der Einsicht in eigene Verhaltensweisen. (Zu Skala 1 TEL)
6. Je weniger schwerwiegend die Einschätzung der eigenen Lebenssituation gesehen wird (Skala 4 EZB), desto häufiger kommt es zu Erfahrungen der Ich-Stärke. (Zu Skala 2 TEL)

5.4.2. Korrelative Zusammenhänge in der Gesamtgruppe

Einstellung zur Behandlung bei Aufnahme und Therapieerfahrung

Die EZB-Skalen bei Aufnahme zeigten folgende korrelative Zusammenhänge mit den TEL-Skalen (s. Tab. 4.1.):

Skala 1 Gesamtmotivation:

Je größer die Gesamtmotivation, desto niedriger sind Skalenwerte einer offenen Therapieatmosphäre, daß heißt, desto negativer wird die Therapieatmosphäre erlebt.

- Dies steht im Gegensatz zu Hypothese 1. Möglicherweise hängt dies damit zusammen, daß die Therapieatmosphäre der Station der gegebenen Erwartungshaltung der Patienten nicht entsprochen hat.

Skala 2 Änderunseinsicht:

Diese Skala zeigt keine bedeutsamen Zusammenhänge zu den TEL-Skalen.

Skala 3 Therapieangst:

Je stärker die Therapieangst, desto geringer sind die Erfahrungen einer offenen Therapieatmosphäre.

- Damit wird Hypothese 3 nicht bestätigt.

Skala 4 Problemlosigkeit:

Je weniger problematisch die eigene Lebenssituation beurteilt wird, desto größer ist die Erfahrung der Ich-Stärke.

- Das bedeutet, daß mit der Skala "Problemlosigkeit" wahrscheinlich eine zumindest zum Teil weniger realistischen Einschätzung der eigenen Situation verbunden ist in Verbindung mit einer Überschätzung der eigenen Möglichkeiten.

Tab. 4.1. Zusammenhänge zwischen den EZB-Skalen bei der Aufnahme und den TEL-Skalen (** = $p < .001$).

EZB Skala	TEL-Skala 1 (Einsicht)	TEL-Skala 2 (Ich-Stärke)	TEL-Skala 3 (Therapieatmosphäre)
EZB-G1 (Gesamtmotiv.)	- 0.0442	0.1152	- 0.3821 **
EZB-G2 (Änderungs- einsicht)	- 0.0873	0.0999	- 0.0954
EZB-G3 (Therapieangst)	- 0.0168	- 0.1787	- 0.3424 **
EZB-G4 (Problem- losigkeit)	0.1240	0.3477 **	- 0.0986

Einstellung zur Behandlung bei Entlassung und Therapieerfahrung

Die signifikanten Zusammenhänge der EZB-Skalen mit den Skalen der Therapieerfahrung bei der Entlassung (s. Tab. 4.2.) sind bis auf eine Ausnahme die gleichen, die wir zum Zeitpunkt der Aufnahme vorgefunden haben (s. Tab. 4.1.). Neu hinzugekommen ist ein signifikanter Zusammenhang in der Skala Therapieangst:

- Je stärker die Therapieangst, desto geringer sind Erfahrungen der Ich-Stärke, d. h. desto seltener werden Erfahrungen der Ich-Stärke vom Patienten erlebt.
- Dieses Ergebnis steht im Gegensatz zu Hypothese 4.
- Zugleich könnte dieses Ergebnis therapeutisch relevant sein: Hohe Therapieangst sollte stärker beachtet werden.

Tab. 4.2. Zusammenhänge zwischen den EZB-Skalen bei der Entlassung und den TEL-Skalen (** = $p < .001$).
(EZE = Einstellung zur Behandlung bei Entlassung).

TEL Skala	TEL-Skala 1 (Einsicht)	TEL-Skala 2 (Ich-Stärke)	TEL-Skala 3 (Therapieatmosphäre)
EZE-G1 (Gesamtmotiv.)	- 0.0805	- 0.1086	- 0.5110 **
EZE-G2 (Änderungs- einsicht)	0.1022	0.2022	- 0.0300
EZE-G3 (Therapieangst)	- 0.1394	- 0.3372 **	- 0.4909 **
EZE-G4 (Problem- losigkeit)	0.2126	0.3326 **	- 0.0587

Veränderungen in der Einstellung zur Behandlung und Therapie-
erfahrungen.

Jetzt werden die Veränderungen der Einstellung zur Behandlung in Beziehung gesetzt zu den Therapieerfahrungen. Es ergaben sich folgende korrelative Beziehungen:

Skala Gesamtmotivation:

Eine Abnahme der Gesamtmotivation steht in einem positiven Zusammenhang mit der Ich-Stärke und einem ebenfalls positiven Zusammenhang mit der Erfahrung einer offenen Therapieatmosphäre.

Skala Therapieangst:

Eine Abnahme der Therapieangst steht in einem positiven Zusammenhang mit der Ich-Stärke sowie mit der Erfahrung einer offenen Therapieatmosphäre.

Veränderungen auf der Skala 2 (Einsicht in die Notwendigkeit von Veränderungen) und auf der Skala 4 (Problemlosigkeit) stehen in

keinem signifikanten Zusammenhang mit der Therapieerfahrung.

Tab. 4.3. Zusammenhänge zwischen den Differenzen der EZB-Skalen und den TEL-Skalen (* = $p < .05$)
(EZD = Einstellung zur Behandlung, Differenz zwischen Aufnahme und Entlassung) Gesamtgruppe.

Veränderungen in den EZB- Skalen	TEL-Skala 1 (Einsicht)	TEL-Skala 2 (Ich-Stärke)	TEL-Skala 3 (Therapieatmosphäre)
EZD-G1 (Gesamtmotiv.)	0.0927	0.2653 *	0.1900 *
EZD-G2 (Änderungs- einsicht)	- 0.1171	- 0.0769	- 0.0101
EZD-G3 (Therapieangst)	0.1898	0.2331 *	0.2073 *
EZD-G4 (Problem- losigkeit)	- 0.0994	0.0080	- 0.1276

5.4.3. Korrelative Zusammenhänge in den beiden Diagnosegruppen

Einstellung zur Behandlung bei der Aufnahme und Therapieerfahrung

1. Es ergaben sich in der Alkoholikergruppe keine signifikanten Zusammenhänge zwischen den EZB-Skalen bei der Aufnahme und den TEL-Skalen. Dies kann jedoch zum Teil an den geringen Fallzahlen liegen, da zum Teil relativ hohe Korrelationskoeffizienten erreicht werden (z. B. Korrelation zwischen EZB-Skala Therapieangst und TEL-Skala Therapieatmosphäre ist - 0.302).

2. In der Neurosengruppe zeigten sich folgende signifikante Zusammenhänge (s. Tab. 4.4.):

Skala Gesamtmotivation:

Je größer die Gesamtmotivation, desto geringer sind die Erfahrungen einer offenen Therapieatmosphäre ($p < .01$).

Skala Therapieangst:

Je stärker die Therapieangst, desto geringer sind die Erfahrungen der Ich-Stärke ($p < .01$).

Tab. 4.4. Zusammenhänge zwischen den EZB-Skalen bei der Aufnahme und den TEL-Skalen (* = $p < .01$).

EZB-Skala	TEL-Skala 1 (Einsicht)	TEL-Skala 2 (Ich-Stärke)	TEL-Skala 3 (Therapieatmosphäre)
EZB-G1 (Gesamtmotiv.)	- 0.1926	- 0.1022	- 0.4015 *
EZB-G2 (Änderungs- einsicht)	- 0.2246	0.0908	- 0.0970
EZB-G3 (Therapieangst)	- 0.2351	- 0.4369 *	- 0.2476
EZB-G4 (Problem- losigkeit)	0.1454	0.3920	- 0.0943

Einstellung zur Behandlung bei Entlassung und Therapieerfahrung

1. In der Alkoholikergruppe zeigten sich folgende Zusammenhänge:

Skala Gesamtmotivation:

Je größer die Gesamtmotivation, desto geringer sind die Erfahrungen der Einsicht in eigene Verhaltensweisen.

Skala Änderungseinsicht:

Je größer die Änderungseinsicht,

- desto geringer die Erfahrungen der Einsicht in eigene Verhaltensweisen;
- desto geringer sind die Erfahrungen bezüglich der Ich-Stärke;
- desto geringer sind die Erfahrungen einer freien Therapieatmosphäre.

Skala Therapieangst:

Keine statistisch signifikanten Zusammenhänge.

Skala Problemlosigkeit:

- Je problemloser die eigene Situation gesehen wird,
- desto positiver die Erfahrungen in eigene Verhaltensweisen;
 - desto positiver die Erfahrungen bezüglich einer freien Therapieatmosphäre.

Tab.4.5. Zusammenhänge zwischen den EZB-Skalen bei der Entlassung (EZE) und den TEL-Skalen (* = $p < .01$, ** = $p < .001$).

EZB-Skala	TEL-Skala 1 (Einsicht)	TEL-Skala 2 (Ich-Stärke)	TEL-Skala 3 (Therapieatmosphäre)
EZE-G1 (Gesamtmotiv.)	- 0.3599 *	- 0.0982	- 0.1018
EZE-G2 (Änderungs- einsicht)	- 0.3958 *	- 0.3142 *	- 0.4626 **
EZE-G3 (Therapieangst)	- 0.0214	0.0416	- 0.1124
EZE-G4 (Problem- losigkeit)	0.3861 *	0.1862	0.3931 *

2. In der Gruppe der Neurotiker zeigten sich folgende Zusammenhänge (s. Tab. 4.6.):

Skala Gesamtmotivation:

Je größer die Gesamtmotivation, desto geringer die Erfahrungen einer freien Therapieatmosphäre.

Skala Änderungseinsicht:

Je größer die Änderungseinsicht,

- desto geringer die Erfahrungen der Einsicht in eigene Verhaltensweisen;
- desto geringer sind die Erfahrungen der Ich-Stärke;
- desto geringer sind die Erfahrungen bezüglich einer freien Therapieatmosphäre.

Skalen Therapieangst und Problemlosigkeit:

Keine statistisch signifikanten Zusammenhänge.

Tab.4.6. Zusammenhänge zwischen den EZE-Skalen bei der Entlassung und den TEL-Skalen (* = $p < .01$, ** = $p < .001$) (EZE = Einstellung zur Behandlung bei Entlassung).

EZB-Skala	TEL-Skala 1 (Einsicht)	TEL-Skala 2 (Ich-Stärke)	TEL-Skala 3 (Therapieatmosphäre)
EZE-G1 (Gesamtmotiv.)	- 0.2357	- 0.2776	- 0.4081 *
EZE-G2 (Änderungs- einsicht)	- 0.4640 *	- 0.5985 **	- 0.3654 *
EZE-G3 (Therapieangst)	- 0.0050	- 0.1957	- 0.0892
EZE-G4 (Problem- losigkeit)	0.1280	0.1249	0.1572

Veränderungen in der Einstellung zur Behandlung

Hier werden wiederum die Skalenveränderungen der Alkoholikergruppe im EZB mit den Therapieerfahrungen in Beziehung gebracht (s. Tab. 4.7.).

Skala Gesamtmotivation:

Eine Abnahme der Gesamtmotivation steht in einem positiven Zusammenhang mit der Ich-Stärke und einem ebenfalls positiven Zusammenhang mit der Erfahrung einer offenen Therapieatmosphäre.

Skala Therapieangst:

Eine Abnahme der Therapieangst steht in einem positiven Zusammenhang mit der Erfahrung einer offenen Therapieatmosphäre.

In den Skalen Änderungseinsicht und Problemlosigkeit fanden sich keine statistisch signifikanten Werte.

Tab. 4.7. Zusammenhänge zwischen den Differenzen der EZB-Skalen und den TEL-Skalen (* = $p < .05$, ** = $p < .01$) (EZD = Einstellung zur Behandlung, Differenz zwischen Aufnahme und Entlassung, Alkoholikergruppe).

EZB-Skala	TEL-Skala 1 (Einsicht)	TEL-Skala 2 (Ich-Stärke)	TEL-Skala 3 (Therapieatmosphäre)
EZD-G1 (Gesamtmotiv.)	0.1655	0.2430 *	0.2429 *
EZD-G2 (Änderungseinsicht)	0.0647	0.0446	- 0.0148
EZD-G3 (Therapieangst)	0.2025	0.1585	0.3021 **
EZD-G4 (Problemlosigkeit)	- 0.0645	0.0507	- 0.0233

Hier werden die Skalenveränderungen im EZB der Neurotikergruppe mit den Therapieerfahrungen in Beziehung gebracht (s. Tab. 4.8.).

Skala Gesamtmotivation:

Eine Abnahme der Gesamtmotivation steht in einem positiven Zusammenhang mit der Ich-Stärke.

Skala Therapieangst:

Eine Abnahme der Therapieangst steht in einem positiven Zusammenhang zu den Erfahrungen bezüglich der eigenen Verhaltensweisen sowie der Ich-Stärke.

Skala Problemlosigkeit:

Eine Abnahme der Skalenwerte auf der Skala Problemlosigkeit steht in einem negativen Zusammenhang bezüglich der Einsicht in eigene Verhaltensweisen.

In der Skala Änderungseinsicht fanden sich keine statistisch signifikanten Änderungen.

Tab. 4.8. Zusammenhänge zwischen den Differenzen der EZB-Skalen und den TEL-Skalen (* = $p < .05$)
(EZD = Einstellung zur Behandlung, Differenz zwischen Aufnahme und Entlassung, Neurotikergruppe).

EZB-Skala	TEL-Skala 1 (Einsicht)	TEL-Skala 2 (Ich-Stärke)	TEL-Skala 3 (Therapieatmosphäre)
EZD-G1 (Gesamtmotiv.)	0.1146	0.3780 *	0.2271
EZD-G2 (Änderungseinsicht)	- 0.2206	- 0.0730	- 0.2230
EZD-G3 (Therapieangst)	0.3505 *	0.3548 *	0.1301
EZD-G4 (Problemlosigkeit)	- 0.3425 *	- 0.0870	- 0.1813

6. Diskussion

Prinzipielle Grenzen der Aussagemöglichkeiten

Einfluß der Patientenselektion

- Es nahmen ausschließlich Patienten der Kriseninterventionsstation an der Untersuchung teil.
- Die Übersicht der in der Gesamtgruppe vertretenen Diagnosegruppen zeigte, daß zwei Diagnosegruppen besonders häufig vertreten waren, nämlich die Diagnosegruppe Alkoholabhängigkeit und -mißbrauch sowie die Gruppe der Neurosen und Persönlichkeitsstörungen. Eine statistische Auswertung erschien nur bei diesen beiden Diagnosegruppen sinnvoll.
- Die Alkoholikergruppe zeigte in der Verteilung der Geschlechter ca. 50 % Frauen, während in der Gesamtpopulation der Alkoholabhängigen das Verhältnis von Männern zu Frauen auf etwa 3 : 1 geschätzt wird. Bedingt durch die Krisensituation, die zumeist für die stationäre Aufnahme verantwortlich war, fand hier wahrscheinlich eine gewisse Selektion statt. Eine Verallgemeinerung der Ergebnisse kann daher lediglich für die beiden Diagnosegruppen auf ähnlich strukturierten psychiatrischen Stationen zur Krisenintervention gelten.

Die vorliegende Untersuchung ist keine experimentelle Arbeit, sondern eine Felduntersuchung ohne Eingriffe in die Aufnahmepraxis und ohne Veränderungen der Behandlung. Dadurch können prinzipiell keine Kausalaussagen gemacht werden, sondern lediglich empirisch begründete Hypothesen gewonnen werden.

Reliabilität und Validität der Daten

Die Bedeutung der Daten hinsichtlich Reliabilität und Validität muß differenziert erfolgen je nach Art der erhobenen Daten. Es läßt sich grob unterscheiden zwischen Daten, die durch die Ärzte

bzw. durch das Klinikpersonal erhoben wurden (soziodemografische Daten, Diagnose und Lorr-Skalen) und solchen Daten, die aus Selbstbeurteilungsfragebogen der Patienten stammen (Einstellung zur Behandlung, Therapieerfahrungen).

Bei den soziodemografischen Angaben kann von einem hohen Maß an Zuverlässigkeit ausgegangen werden. Die Diagnose wurde nicht allein vom jeweils behandelndem Arzt, sondern in einer Fallbesprechung gemeinsam mit anderen Kollegen gestellt. Daher kann im Rahmen dieser Studie die Übereinstimmungsreliabilität als hoch beurteilt werden. Auf das allgemeine Problem der Reliabilität und Gültigkeit psychiatrischer Diagnosen soll hier nicht näher eingegangen werden. Die Reliabilität und Validität der Lorr-Skalen gilt als hinreichend erwiesen (s. Mombour, 1973).

Die Fragebogen "Einstellung zur Behandlung" (EZB) und "Therapieerfahrungen" (TEL) sind dagegen neu entwickelte Verfahren, deren Reliabilität und Validität noch ungesichert ist. Die vorliegende Untersuchung sollte einen Beitrag dazu leisten (s. Diskussion der Hypothesen). Die Reliabilität im Sinne der inneren Konsistenz d. h. im Sinne der Aussage, daß die Items der jeweiligen Skalen etwas Gemeinsames im statistischem Sinne erfassen, ist durch entsprechende Koeffizienten der inneren Konsistenz ausreichend belegt (vgl. Küfner et. al., 1984). Hinsichtlich der zeitlichen Stabilität bleibt die Reliabilität beider Fragebogen ein offenes Problem.

Bezüglich der Validität der Einstellung zur Behandlung wird auf Untersuchungsergebnisse von Brenk-Schulte und Pfeiffer (1987) verwiesen. In dieser Untersuchung wurde analysiert wie die Einstellung zur Behandlung und spätere Therapieaktivitäten der Patienten zusammenhängen. Die Patienten, die später eine stationäre Behandlung wegen Alkoholabhängigkeit aufgenommen haben, wiesen signifikant höhere Werte auf der Skala "Änderungseinsicht"

und signifikant niedrigere Werte auf der Skala "Problemlosigkeit" auf im Vergleich zu denjenigen Patienten, die an einer ambulanten Behandlung bzw. einer vorwiegend medikamentösen Behandlung teilgenommen haben. Andere Untersuchungen (Steller und Pütz, 1980) haben gezeigt, daß die Variablen Leidensdruck und Änderungswunsch zu Beginn einer Behandlung als prognostisch günstig anzusehen sind. Die Skala Änderungseinsicht kann zum Teil auch als Änderungswunsch interpretiert werden, so daß man hier einen übereinstimmenden Ergebnistrend feststellen kann.

Lorr-Skalen

Bemerkenswert war, daß sich die Alkoholiker psychopathologisch in den Lorr-Skalen nicht von den Neurosen unterschieden. Die Profile der Lorr-Skalen beider Diagnosegruppen stehen in Übereinstimmung mit den Ergebnissen für die Diagnosegruppe der Neurosen bei Mombour (Mombour et. al., 1973). Möglicherweise liegt dies daran, daß die Alkoholabhängigen einer psychiatrischen Kriseninterventionsstation eine spezielle Untergruppe darstellen, die als Alkoholabhängige mit neurotischen Tendenzen bezeichnet werden könnte.

Einstellung zur Behandlung bei der Aufnahme

Signifikante Unterschiede zeigten sich zwischen Alkoholikern und Neurotikern nur auf der Skala Problemlosigkeit. Die Alkoholiker sahen ihre eigene Lebenssituation deutlich weniger schwerwiegend als die Neurotiker. Bei Alkohol abhängigen geht man in der Regel davon aus, daß eine stärkere Verleugnungstendenz vorliegt, zumindest hinsichtlich alkoholspezifischer Probleme (Küfner, 1982).

Die Tatsache, daß die Alkoholikergruppe gleichhohe Werte in der Globalmotivation aufweist wie die Neurotikergruppe, läßt sich wiederum dadurch erklären, daß Alkoholiker wie Neurotiker in

ähnlich akuten Krisensituationen standen, als sie stationär zur Aufnahme kamen.

Einstellung zur Behandlung bei der Entlassung und Veränderungen

Zum Zeitpunkt der Entlassung gibt es zwischen den Diagnosegruppen keine signifikanten Unterschiede.

In beiden Diagnosegruppen ergab sich eine signifikante Reduktion der Skalenwerte Gesamtmotivation und Therapieangst. Dies steht in Übereinstimmung mit den Ergebnissen von Brenk-Schulte und Pfeiffer (1987) mit den gleichen Fragebogenverfahren. Die Reduktion der Gesamtmotivation für eine Behandlung ist differenziert zu beurteilen. Sie ist dann als positiv anzusehen, wenn die Notwendigkeit zu einer weiteren Therapie entfällt. In der Alkoholikergruppe muß man in der Regel davon ausgehen, daß eine längerfristige Behandlung für eine Stabilisierung der Abstinenz nötig ist. Die Folge dieser Reduktion der Gesamtmotivation ist aus den vorliegenden Daten nicht weiter beurteilbar.

Die Reduktion der Therapieangst kann hingegen grundsätzlich als wünschenswert angesehen werden, weil damit im Ansatz eine größere Offenheit und bessere Ansprechbarkeit verbunden sind.

Eine Reduktion der Skalenwerte Problemlösigkeit fand sich nur in der Gruppe der Alkoholiker. Wenn man davon ausgeht, daß Alkoholiker in der Anfangsphase der Behandlung ihre Probleme verleugnen, dann kann diese Reduktion der Werte als eine geringere Verleugnungstendenz interpretiert werden. Möglicherweise hängt diese stärkere Problemeinsicht damit zusammen, daß im Rahmen der Klinik und Station speziell für die Alkoholiker besondere Veranstaltungen, wie Alkoholinformationsabende und spezielle Aussprachegruppen für Alkoholabhängige, angeboten wurden.

Die Therapieerfahrungen der Patienten sind insgesamt sehr posi-

tiv. So war eine Stärkung des Selbstwertgefühls sowie der Motivation zur Fortsetzung der Therapie festzustellen. Positiv wurden auch Therapieatmosphäre und das Verhältnis zu den Therapeuten beurteilt. Viele hatten auch den Eindruck, nun besser mit Problemen und Konflikten fertig zu werden, auch und insbesondere ohne Alkohol. Der Eindruck, besser mit anderen kommunizieren zu können, wie auch eine realistischere Einschätzung der eigenen Situation ist sicher als ein positiver Effekt der Therapie zu werten. Dabei bleibt jedoch offen, wie die Therapieerfahrungen der Patienten in einem zeitlich größeren Abstand nach der Entlassung aussehen werden.

Alkoholiker geben insgesamt positivere Therapieerfahrungen an als die Neurotiker. Wie schon erwähnt könnte dies damit zusammenhängen, daß Schwerpunkt der Forschungsaktivitäten der Abteilung das Thema Alkoholismus war, und insbesondere zur Motivierung der Alkoholiker Forschungsprojekte durchgeführt wurden (vgl. Brenk-Schulte u. Pfeiffer, 1987). So wurden den Alkoholikern zusätzlich sogenannte Alkoholinformationsabende und eine zusätzliche Gesprächsgruppe angeboten. Umgekehrt könnte man daraus ableiten, daß das Behandlungskonzept zu wenig auf spezifische Belange der Neurotikergruppe eingestellt war.

Zusammenhang zwischen der Einstellung zur Behandlung und der Therapieerfahrungsliste

Im folgenden werden die zuvor entwickelten Hypothesen (s. Abs. 5.4.1.) kurz kommentiert.

Hypothese 1. Je größer die Gesamtmotivation, desto positiver die Therapieerfahrung.

Generell sind wir davon ausgegangen, daß eine erhöhte Motivation zu positiveren Therapieerfahrungen führt.

Für diese Hypothese ergibt sich aus den Daten kein Hinweis. In

der Tendenz zeigt sich eher, daß eine erhöhte Gesamtmotivation mit negativen Therapieerfahrungen, vor allem hinsichtlich der Therapieatmosphäre verbunden ist. Je höher die Erwartung, desto größer die Gefahr der Enttäuschung.

Hypothese 2. Je stärker ausgeprägt die Änderungseinsicht, desto intensiver sind die Erfahrungen bezüglich der Einsicht in eigene Verhaltensweisen.

Die Vorstellung, daß eine stärker ausgeprägte Änderungseinsicht zu intensiveren Erfahrungen bezüglich der Einsicht in eigene Verhaltensweisen führt, hat sich nicht bestätigt. Im Gegenteil zeigte sich die Tendenz eines negativen Zusammenhangs zwischen Behandlungseinsicht und Erfahrungen von Einsicht in eigene Verhaltensweisen. Dies kann als Abwehr gegen eine Änderung und/oder Veränderung von Einstellungen und Lebensweise interpretiert werden.

Hypothese 3. Je größer die Therapieangst, desto negativer wird die Therapieatmosphäre erlebt.

Möglicherweise kann dies im Sinne einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung gewertet werden (s. auch Kommentar zu Hypothese 4).

Hypothese 4. Je größer die Therapieangst, desto seltener kommt es zu Erfahrungen der Ich-Stärke.

Es bestätigte sich die Vorstellung, daß ein tendenziell negativer Einfluß (i. S. von Erfahrungen der Kompetenzen und der Kontrolle über eigenes Verhalten oder über andere) der Therapieangst auf die Ich-Stärke und das Erleben einer freien Therapieatmosphäre besteht. Diese Ergebnisse können als Hinweis darauf gewertet werden, daß auf die Therapieangst der Patienten verstärkt eingegangen werden sollte.

Hypothese 5. Je weniger schwerwiegend die eigene Lebenssituation gesehen wird, desto weniger kommt es zu Erfahrungen der Einsicht in eigene Verhaltensweisen.

Ein Zusammenhang zwischen der Einschätzung der eigenen Lebenssituation und den Erfahrungen der Einsicht in eigene Verhaltensweisen fand sich nicht.

Hypothese 6. Je weniger schwerwiegend die eigene Lebenssituation gesehen wird, desto häufiger kommt es zu Erfahrungen der Ich-Stärke

Es zeigte sich ein tendenziell positiver Zusammenhang zwischen der Einschätzung der eigenen Lebenssituation als weniger schwer und den Erfahrungen der Ich-Stärke. Dies bedeutet, je größer die eigene Ich-Stärke i. S. von eigenen Kompetenzen zur Lösung von Problemen und Konflikten angesehen wird (möglicherweise i. S. einer Selbstüberschätzung durch Abwehr der Probleme), desto weniger belastet wird die eigene Lebenssituation erlebt.

Problematisch erscheint der positive Effekt einer kurzfristigen Behandlung insofern, als für einen Teil der Patienten eine weiterführende Behandlung erforderlich ist und gleichzeitig durch den Erleichterungseffekt der Behandlung der Leidensdruck und die Gesamtmotivation für eine weitere Behandlung zurückgeht.

Das bedeutet, daß auf die Notwendigkeit einer weiterführenden Behandlung systematisch und nachdrücklich hingewiesen werden sollte. Zu diesem Zweck wäre es wahrscheinlich günstig, ganz konkrete Vermittlungen von Therapien herzustellen.

Einstellungen zur Behandlung sind subjektive Konzepte, die einer Vielzahl von Einflüssen und Bedingungen unterliegen. Die wichtigsten Bedingungsbereiche sind die Patientenpersönlichkeit und das Therapieangebot (einschließlich der Person des Therapeuten). Die vorliegenden Ergebnisse weisen darauf hin, daß das Therapieangebot durchaus einen Einfluß darauf hat, wie gut eine Behandlung bei den Patienten ankommt. Dafür scheint unter anderem erforderlich zu sein, auf die Therapieängste der Patienten besser einzu-

gehen. Zur Diskussion steht auch eine Spezialisierung des Therapeutischen Angebots auf bestimmte Diagnosegruppen, was aber nur im Rahmen einer größeren Klinik durchgeführt werden könnte. Letztlich geht es bei der Krisenintervention darum, zunächst eine Situation der Erleichterung herzustellen und positive Erfahrungen der Patinten anzuregen, vor allem Erfahrungen der eigenen Kompetenzen, die zur Lösung der anstehenden Probleme und Konflikte beitragen. Die Anwendung des EZB (Fragebogen - Einstellung zur Behandlung) könnte für den Therapeuten Hinweise ergeben, welche Einstellungen des Patienten problematisch sind und in der Therapie hinderlich wirken.

7. Zusammenfassung

Die Stichprobe der Untersuchung bestand aus 145 Patienten der Kriseninterventionsstation des MPI-PSK (Max-Planck-Institut für Psychiatrie - Psychiatrische Klinik), München, die wegen einer akuten psychiatrischen Krise zu einer kurzfristigen Behandlung stationär aufgenommen wurden. Wegen der geringen Häufigkeiten verschiedener Diagnosegruppen wurde die weitere Auswertung auf die Diagnosegruppen Alkoholabhängigkeit und -mißbrauch versus Neurosen und Persönlichkeitsstörungen beschränkt ($n = 111$).

Ziel der Untersuchung war die Überprüfung der Behandlungsmotivation im Verlauf des kurzfristigen stationären Aufenthaltes sowie die dabei gemachten Therapieerfahrungen.

Es wurden dabei folgende Untersuchungsinstrumente verwendet:

- IMPS-Skalen nach Lorr (Lorr et. al., 1963)
- Ein Fragebogen zur Erfassung der Einstellung zur Behandlung (EZB) (Küfner et. al., 1982)
- Ein Fragebogen zur Erfassung der Therapieerfahrung (TEL) (Küfner et. al., 1980)

In den Lorr-Skalen ergab sich kein Unterschied beim Vergleich der beiden Diagnosegruppen bzw. der Geschlechter.

Bei dem Vergleich der Diagnosegruppen anhand der EZB-Skalen (Aufnahme-Untersuchung) ergab sich lediglich auf der Skala Problemlösbarkeit ein Unterschied zwischen Alkoholikern und Neurotikern. Die Ablehnung von Verantwortung für die eigene Situation ist in der Neurotikergruppe ausgeprägter als bei den Alkoholikern, die Neurotiker weisen auch eine pessimistischere Haltung auf. Alkoholabhängige halten mehr von Konventionen als Neurotiker.

Zum Zeitpunkt der Entlassung zeigte sich in der Alkoholikergruppe ein signifikanter Abfall der Skalenwerte in den Skalen Gesamt-

motivation, Therapieangst und Problemlosigkeit (EZB). In der Neurotikergruppe ergab sich auch ein signifikanter Abfall in den Werten der Skalen Gesamtmotivation und Therapieangst, nicht aber bei der Skala Problemlosigkeit.

Auffallend waren die stärkere Abnahme der Gesamtmotivation in der Alkoholikergruppe sowie die deutlich höheren Werte der Therapieangst bei den Neurotikern. Alkoholabhängige zeigten höhere Werte in der Skala Problemlosigkeit, die, trotz deutlichem Abfall auch bei der Entlassungsuntersuchung, höher waren als die Vergleichswerte der Neurotikergruppe, die sich im Verlauf der Untersuchung nicht signifikant geändert hatten. Die Angst vor einer Behandlung erscheint bei den Neurotikern stärker ausgeprägt als bei den Alkoholikern. Sie haben außerdem eine weniger positive Erwartungshaltung an die Behandlung.

Speziell zeigten sich folgende Änderungen:

- Eine Zunahme der Ich-Stärke mit Steigerung des Selbstvertrauens in die eigenen Fähigkeiten zur Lösung von Problemen in beiden Diagnosegruppen;
- Eine Steigerung der Bereitschaft, mehr Verantwortung für sich selbst zu tragen in beiden Diagnosegruppen;
- Eine Zunahme des Eindrucks, für das, was aus einem geworden ist, selbst verantwortlich zu sein: bei den Neurotikern;
- Eine Stärkung der Motivation zur Weiterbehandlung: in der Alkoholikergruppe;
- Eine deutlich positive Änderung der Einstellung gegenüber der Nützlichkeit von Gesprächen in der Alkoholikergruppe;
- Eine stärkere Zufriedenheit mit der gegenwärtigen Situation: in beiden Diagnosegruppen.

Auch in der Therapieerfahrungsliste zeigt sich, daß die Alkoholiker im Durchschnitt positivere Erfahrungen gemacht haben als die Neurotiker (s. 5.3.4. Vergleich der Diagnosegruppen anhand der

TEL-Skalen).

- Alkoholiker haben deutlich positivere Erfahrungen der Einsicht in eigene Verhaltensweisen.
 - Alkoholiker sind deutlich selbständiger und eher in der Lage zur Selbstbestimmung.
 - Alkoholiker haben positivere Erfahrungen bezüglich einer offenen Atmosphäre in der Therapie und im Verhältnis zum Therapeuten,
- ein Eindruck, der auch in vielen Einzelitems verstärkt wurde (siehe 5.3.3. im Text).

In bezug auf korrelative Zusammenhänge in den Diagnosegruppen zwischen der Einstellung zur Behandlung und der Therapieerfahrungsliste fanden sich einige unerwartete Ergebnisse:

Zusammenhang zwischen EZB-Skalen und TEL-Skalen bei Alkoholikern: Bei der Aufnahme ergab sich in der Alkoholikergruppe kein signifikanter Zusammenhang zwischen EZB-Skalen und TEL-Skalen.

In der Neurotikergruppe hingegen zeigten sich folgende Zusammenhänge:

- Je größer die Gesamtmotivation, desto geringer die Erfahrungen einer offenen Therapieatmosphäre.
- Je stärker die Therapieangst, desto geringer sind die Erfahrungen der Ich-Stärke.

Weit größere Korrelationen fanden sich in beiden Gruppen bei der Entlassungserhebung.

Alkoholikergruppe:

1. Je größer die Gesamtmotivation, desto geringer die Erfahrungen der Einsicht in eigene Verhaltensweisen.
2. Je problemloser die eigene Situation gesehen wird, desto positiver die Erfahrungen der Einsicht in eigene Verhaltensweisen und desto positiver die Erfahrungen bezüglich einer freien Thera-

pieatmosphäre.

Neurotikergruppe:

Je größer die Gesamtmotivation, desto geringer die Erfahrungen einer offenen Therapieatmosphäre (wie bei Aufnahme).

Gemeinsamkeiten beider Diagnosegruppen:

In beiden Diagnosegruppen stand die Änderungseinsicht mit den drei Skalen der Therapieerfahrungen in einem positiven Zusammenhang.

Je größer die Änderungseinsicht, desto geringer die Erfahrungen der Einsicht in eigene Verhaltensweisen, desto geringer die Erfahrungen bezüglich der Ich-Stärke und desto geringer die Erfahrungen bezüglich einer offenen Therapieatmosphäre.

Außerdem wurden die Veränderungen der Einstellung zur Behandlung zwischen Aufnahme und Entlassung mit den TEL-Skalen korreliert. Dabei ergaben sich einige zusätzliche interessante Ergebnisse.

In der Gruppe der Alkoholiker :

- Die Abnahme der Gesamtmotivation ist mit einer Steigerung der Ich-Stärke verbunden.
- Eine Abnahme der Gesamtmotivation und der Therapieangst ist vornehmlich mit positiven Erfahrungen bezüglich einer offenen Therapieatmosphäre verbunden.

In der Gruppe der Neurotiker :

- Die Abnahme der Gesamtmotivation ist ebenfalls mit einer Steigerung der Ich-Stärke verbunden.
- Ein positiver Zusammenhang fand sich auch zwischen der Abnahme der Therapieangst und den Erfahrungen bezüglich der eigenen Verhaltensweisen sowie bezüglich der Ich-Stärke.
- Interessant ist auch, daß eine schwerwiegendere Sichtweise der eigenen Lebensumstände in einem negativen Zusammenhang mit den Erfahrungen bezüglich der Einsicht in eigene Verhaltensweisen

steht.

Für die Behandlung der Patienten werden daraus einige Folgerungen abgeleitet:

Dem tendenziell negativen Einfluß der Therapieangst auf die Therapieerfahrung sollte durch ein intensiveres Eingehen auf Therapieängste begegnet werden. Weitere Ansätze bestehen in einer möglichst offenen Therapieatmosphäre, einem intensiveren Therapieangebot und in der konkreten Vermittlung von weiterführenden Therapien.

Verzeichnis der verwendeten Abkürzungen

DG	Diagnosegruppe (siehe 2.4.2. im Text)
EZB	Einstellung zur Behandlung (Fragebogen)
EZE	Einstellung zur Behandlung bei der Entlassung
EZB-G	Skalenwerte der Einstellung zur Behandlung (siehe 2.6. im Text)
EZD-G	Differenz der Skalenwerte der EZB zwischen Aufnahme und Entlassung.
ICD 9	9. Revision der "International Classification of Diseases" der WHO
MPI-PSK	Max-Planck-Institut für Psychiatrie - Psychiatrische Klinik
TEL	Therapieerfahrungsliste (Fragebogen)

Literaturverzeichnis

1. Apfelbaum, D. Dimensions of Transference in Psychotherapy,
Univ. of California Press,
Berkeley, 1958
2. Brengelmann, J. C. Psychologische Methodik und Psychiatrie
In: Gruhle H. W., Psychiatrie der
Gegenwart, Band 1/2, 1. Auflage,
Springer Verlag (1963)
3. Brenk-Schulte, E. Therapiemotivation in der Behandlung des
Pfeiffer, W. Alkoholismus,
Gerhard Röttger Verlag,
München, 1987
4. Cullberg, J. Krisen und Krisentherapie
Psychiatr. Praxis 5 (1978), 25 - 31
5. Drever, J. dtv Wörterbuch zur Psychologie (4.Aufl.),
Fröhlich, W. D. München, 1969
6. Drever, J. dtv Wörterbuch zur Psychologie (5.Aufl.),
Fröhlich, W.D. München, 1971 (zitiert nach Pütz s. da)
7. Dunbar, Jaqueline Verhaltensmaßnahmen zur Verbesserung der
Marshall, Gary Compliance, 1982
Howell, Mel In: Haynes, R. B. s. da
8. Feuerlein, W. Eine Station für Notfallpsychiatrie und
Krisenintervention - Konzepte und
Erfahrungen
Psychiatrischen Praxis (1983), 41 - 48,
Thieme Verl.
9. Feuerlein, W. Alkoholismus - Mißbrauch und Abhängig-
keit, 3. Aufl., 1984,
Georg Thieme Verl., Stuttgart-New York

10. Fietkau, H.-J. Die Einstellung in der Psychotherapie
Otto Müller Verl., Salzburg (1977),
S. 37
11. Frank, A. Are there social class differences in
Eisenthal, S. patients' treatment conceptions ?
Lazare, A. Archives of General Psychiatry, 35,
1978, 61 - 69
12. Frank, J. D. Therapeutic components of psychotherapy
A 25-year progress report of reserch.
The Journal of Nervous and Mental
Disease, 159, 1974, 325 - 342
13. Freedman, N., Dropout from outpatient psychiatric
Engelhardt, D. M., treatment. Archives of Neurology and
Hankoff, L. D., Psychiatry, 80, 1958, 657 - 666
Glick, B. S.,
Kaye, H.,
Buchwald, J.,
Stark, P.
14. Garfield, S. L. Research on client variables in psycho-
therapy
In: Begin & Garfield: Evaluation of
Process and Outcome in Psychotherapy
and Behavior, 1981
15. Goldstein, A. P. Patient Expectancies, Symptoms Reduction
Shipman, W. G. and Aspects of the initial Psychothera-
peutic Interview
J. clin. Psychol., 17, 1961, 129 - 133
16. Goldstein, A. P. Therapist-Patient Expactancies in
Psychotherapy,
Pergamon Press, New York, 1962

17. Graupe, S. R. Ergebnisse und Probleme der quantitativen Erforschung traditioneller Psychotherapieverfahren
In: Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen. Von: Strotzka, H. Urban & Schwarzenberg, München - Wien - Baltimore, 1978
18. Häfner, H. Krisenintervention
Psychiatr. Praxis 1 (1974), 139 - 150
19. Häfner, H. Psychiatrischer Notfall und psychiatrische Krise - Konzeptuelle Fragen
Der Nervenarzt, 49 (1978), 82 - 87
20. Häfner, H. Krisenintervention und Notfallversorgung in der Psychiatrie
H. J. Haase - Krisenintervention in der Psychiatrie
(1978), Schattauer Verl.
21. Haynes, R. B. Compliance Handbuch
Taylor, D. W. R. Oldenbourg Verlag, München Wien, 1982
Sackett, D. L.
22. Heine, R. W. The student physician as psychotherapist
Chicago: Univ. of Chicago Press, 1962
23. Hermann, U. Medizin - soziologische Analyse der Einflußfaktoren auf "Compliance"
Der Nervenarzt, 50, 1979, 102 - 108
24. Kernberg, O. F., Psychotherapy and psychoanalysis: Final
Burstein, E. D., report of the Manninger Foundation's
Coyne, L., Psychotherapy Research Project
Appelbaum, A., Bulletin of the Manninger Clinic
Horwitz, L. 36 (Nos. 1/2), 1972, 1 - 276
& Voth, H.

25. Küfner, H. Zur Frage von Verleugnungstendenzen von Alkoholabhängigen, Drogalkohol, 1982, 21 - 36
26. Küfner, H. Therapieerfahrungsliste
Brenk-Schulte, E. Unveröffentl. Skript (1980)
27. Küfner, H. Einstellung zur Behandlung (EZB)
Brenk-Schulte, E. Unveröffentl. Skript (1982)
28. Küfner, H., Attitudes toward Treatment and Treatment
Feuerlein, W., Experiences. Unveröffentlichter Vortrag:
Flohrschütz, Th. The Third International Conference on
Treatment of Addictive Behaviors,
North Berwick (Edinburgh) Scotland,
August 12-16, 1984
29. Künzel, R. Therapiemotivation - eine psychologische
Ergänzung des soziologischen Labeling-
Ansatzes. Diss. Univ. Bochum, Psycholog.
Inst., 1979
30. Linden, M. Therapeutische Ansätze zur Verbesserung
von Compliance, Der Nervenarzt, 50, 1979
109 - 114
31. Lorr, M. Syndromes of psychosis
Klett, C. J., Oxford-London-New York: Pergamon Press
McNair, D. M. (1963 a)
32. Lorr, M. Inpatient Multidimensional Psychiatric
Klett, C. J., Scale (IMPS), Palo Alto Calif.
McNair, D. M. Consulting Psychologists Press (1963 b)
33. Lorr, M. Inpatient Multidimensional Psychiatric
Klett, C. Scale (IMPS)
Palo Alto Calif.: Consulting
Psychologist Press (1966)

34. Luborsky, L. & Singer, B. Comparative studies of psychotherapies
Archives of General Psychiatry, 32,
1975, 995 - 1007
35. Luborsky, L., Chandler, M., Auerbach, A. H., Cohen, J., Bachrach, H. M. Factors Influencing the Outcome of
Psychotherapy: A Review of Quantitative
Research
Psychological Bulletin, Vol. 75, No. 3,
1971
36. Mombour, W. Die Objektivierung psychiatrischer
Syndrome durch multifaktorielle Analyse
des psychopathologischen Befundes
Der Nervenarzt, 44, S. 352 - 358 (1973)
Springer Verl.
37. Mombour, W. Syndrome bei psychiatrisch Erkrankungen
Archiv psychiatr. Nervenkrankheiten,
Springer Verl. (1974), S. 331 - 350
38. Piper, W. E. Placebo Effect in Psychotherapy: An
extension of earlier findings
Journal of Consulting and Clinical
Psychology, 34, 1970, 447
39. Pütz, A. Einstellungs- und Verhaltensänderung
bei Jugendlichen mit sozial abweichendem
Verhalten, Verl. W. Kohlhammer,
Stuttgart Berlin Köln Mainz, 1976
40. Pütz, A. Therapiemotivation und Selbstkontrolle
Frankfurt, Fachbuchhandlung für Psycho-
logie, 1980

41. Roth, E. Einstellung als Determinanten individuellen Verhaltens. Die Analyse eines Begriffs und seiner Bedeutung für die Persönlichkeitspsychologie
Verl. Hogrefe, Göttingen, 1967
42. Schmidt, L. Der Motivationsprozeß, In: Alkoholismus Therapie, Nicol Verl., Kassel, 1981
43. Scott, W. A. Attitude measurement
In: Lindzey, G. and Aronson, E., The handbook of social psychology, Vol. 2., London, 1968, 265
44. Smith, G. J. W. Individual factors effecting the improvement of anxiety during a therapeutic period of 1 1/2 to 2 years
Sjöholm, L. & Nielzén, S.
Acta Psychiatrica Scandinavica, 52, 1975, 7 - 22
45. Stumme, W. Fortschritte der Sozialpsychiatrie, 1. Psychische Erkrankungen im Urteil der Bevölkerung
München Berlin Wien, 1975
46. Wilkins, W. Expectancy of therapeutic gain: An empirical and conceptual critique
Journal of Consulting and Clinical Psychology, 40, 1973, 69 - 77

A N H A N G

Untersuchungszeitraum
 April 1984 - Januar 1985
 Patientenzahl 251 (100 %)
 84 Männer (33.5 %) 167 Frauen (66.5 %)

Andere Projekte
 16 Pat. = 6.4 %
 (6 m. und 10 w.)

Kürzer als 24 h
 in stationärer
 Behandlung
 19 Pat. = 7.6 %
 (7 m. und 12 w.)

Mangelnde
 Sprachkenntnisse
 6 Pat. = 2.4 %
 (1 m. und 5 w.)

Zweimal in
 Behandlung
 5 Pat. = 2.0 %
 (2 m. und 3 w.)

Unvermeidbare Ausfälle = 46 Pat. (18.3 %)
 als zur Verfügung stehend sind daher zu
 berechnen 205 Pat. = 100 %

Nur Eingangs- bzw.
 nur Entlassungs-
 erhebung
 29 Pat. = 14.1 %
 (15 m. und 14 w.)

VOLLSTÄNDIG AN DER UNTERSUCHUNG

Nicht teilgenommen
 31 Pat. = 15.1 %
 (9 m. und 22 w.)

TEILGENOMMEN HABEN:

145 PAT. = 70.7 %

44 MÄNNER UND 101 FRAUEN

Abb. 4. Beschreibung der Stichprobe, der Ausschöpfungsquote und des Weges, auf dem die an der Untersuchung teilnehmende Gruppe zustandekam.

(Abb. 1-3 im Textteil)

Alter	Ges.Zahl		Männer		Frauen	
14-19 Jahre	19	13.1 %	3	2.0 % (6.8 %)	16	11.0 % (15.8 %)
20-29 "	40	27.6 %	11	7.6 % (25.0 %)	29	20.0 % (28.7 %)
30-39 "	38	26.2 %	15	10.3 % (34.1 %)	23	15.9 % (22.8 %)
40-49 "	37	25.5 %	15	10.3 % (34.1 %)	22	15.2 % (21.8 %)
50-59 "	6	4.1 %	--		6	4.1 % (5.9 %)
60-66 "	5	3.5 %	--		5	3.5 % (4.9 %)
14-66 "	145	100.0 %	44	30.3 % (100.0 %)	101	69.7 % (100.0 %)
14-39 "	97	66.9 %	29	20.0 % (65.9 %)	68	46.9 % (67.3 %)
40-66 "	48	33.1 %	15	10.3 % (34.1 %)	33	22.8 % (32.7 %)

Tab. 1.3.1. Altersverteilung und Geschlecht N = 145.

Gesamt gruppe	Ledig		Verheiratet		Geschieden		Verwitwet	
Männer	23	15.9%	13	9.0%	8	5.5%	----	
Frauen	45	31.0%	33	22.8%	20	13.8%	3	2.1%
gesamt	68	46.9%	46	31.7%	28	19.3%	3	2.1%

Tab. 1.3.2.a. Familienstand der Gesamtgruppe: Aufteilung nach Geschlecht.

DG 1								
Männer	11	18.0%	10	16.4%	7	11.5%	----	
Frauen	7	11.5%	13	21.3%	13	21.3%	----	
DG 2								
Männer	9	18.0%	2	4.0%	1	2.0%	----	
Frauen	22	44.0%	8	16.0%	6	12.0%	2	4.0%

Tab. 1.3.2.b. Familienstand nach Diagnosegruppe und Geschlecht
 DG 1 Alkoholabhängigkeit und -mißbrauch
 DG 2 Neurosen und Persönlichkeitsstörungen

	Männer	Frauen	Gesamt
Allein- lebend	23 52.3 %	38 37.6 %	61 42.1 %
Ehepartner	10 22.7 %	24 23.7 %	34 23.4 %
Partner	4 9.1 %	12 11.9 %	16 11.0 %
Eltern	4 9.1 %	16 15.8 %	20 13.8 %
Partner, aber ge- trennt lebend	2 4.5 %	5 4.9 %	7 4.8 %
In Gemeinschaft	1 2.2 %	6 5.9 %	7 4.8 %
Gesamt	44 100.0 %	101 100.0 %	145 100.0 %

Tab.1.3.3. Teil a. Lebensform, Gesamtgruppe nach Geschlechtern aufgeteilt.

DG 1	Männer	Frauen	Gesamt
Allein- lebend	15 53.6 %	15 45.4 %	30 49.2 %
Ehepartner	8 28.6 %	10 30.3 %	18 29.5 %
Partner	1 3.5 %	5 15.1 %	6 9.8 %
Eltern	1 3.5 %	1 3.0 %	2 3.3 %
Partner, aber ge- trennt lebend	2 7.1 %	1 3.0 %	3 4.9 %
Gesamt	28 100.0 %	33 100.0 %	61 100.0 %

Tab. 1.3.3. Teil b. Lebensform nach Diagnosegruppe DG 1
(Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit) und Geschlecht.

DG 2	Männer		Frauen		Gesamt	
Allein- lebend	6	50.0 %	15	39.5 %	21	42.0 %
Ehepartner	1	8.5 %	5	13.1 %	9	18.0 %
Partner	3	25.0 %	5	13.1 %	8	16.0 %
Eltern	2	16.7 %	7	18.4 %	9	18.0 %
Partner, aber ge- trennt lebend	0	----	3	7.9 %	3	6.0 %
In Gemeinschaft	0	----	3	7.9 %	3	6.0 %
Gesamt	12	100.0 %	38	100.0 %	50	100.0 %

Tab. 1.3.3. Teil c. Lebensform nach Diagnosegruppe DG 2
(Neurosen und Persönlichkeitsstörungen) und
Geschlecht.

N = 145	Arbeitsfähig ja:		nein:		bedingt:		gesamt:	
Männer	25	17.2% *56.8%	16	11.0% *36.4%	3	2.0% *6.8%	44	*100%
Frauen	50	34.4% *49.5%	28	19.3% *27.7%	23	15.9% *22.8%	101	*100%
Gesamt- gruppe	75	51.7%	44	30.3%	26	17.9%	145	100%
=====								
DG 1 N = 61								
Männer	18	29.5% *64.3%	9	14.8% *32.1%	1	1.6% *3.6%	28	*100%
Frauen	20	32.8% *60.6%	7	11.5% *21.2%	6	9.8% *18.2%	33	*100%
Gesamt	38	62.3%	16	26.2%	7	11.5%	61	100%
=====								
DG 2 N = 50								
Männer	5	10.0% *41.7%	6	12.0% *50.0%	1	2.0% *8.3%	12	*100%
Frauen	19	38.0% *50.0%	11	22.0% *28.9%	8	16.0% *21.1%	38	*100%
Gesamt	24	48.0%	17	34.0%	9	18.0%	50	100%

Tab. 1.3.4. Arbeitsfähigkeit nach Diagnosegruppe und Geschlecht.

* Die Prozentangaben beziehen sich auf die Zeilensumme

N = 145	Männer		Frauen		Gesamtgruppe	
Arbeiter	10	6.9 % *22.7 %	4	2.8 % *4.0 %	14	9.6 %
Angestellte oder Beamte	21	14.5 % *47.7 %	35	24.1 % *34.7 %	56	38.6 %
Selbständige Freiberufl.	4	2.8 % *9.1 %	3	2.1 % *3.0 %	7	4.8 %
Soldat	1	0.7 % *2.3 %	0		1	0.7 %
noch in der Ausbildung	4	2.8 % *9.1 %	25	17.2 % *24.8 %	29	20.0 %
Rentner, Pensionist	0		4	2.8 % *4.0 %	4	2.8 %
mind. 3 Monate Arbeitslos	4	2.8 % *9.1 %	11	7.6 % *10.9 %	15	10.3 %
Hausfrau ohne Nebenbesch.	0		19	13.1 % *18.8 %	19	13.1 %
Gesamtgruppe	44	30.3 % *100 %	101	69.7 % *100 %	145	100 %

Tab. 1.3.5. Teil a. Derzeitige Tätigkeit, hier Hauptgruppe nach Geschlechtern.

* Die Prozentangabe bezieht sich auf die Säulensumme

	:.....DG 1.....:			:.....DG 2.....:		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Arbeiter	6 21.4 %	1 3.0 %	7 11.5 %	2 16.7 %	2 5.3 %	4 8.0 %
Angest., Beamte	17 60.7 %	17 51.5 %	34 55.7 %	3 25.0 %	13 34.2 %	16 32.0 %
Selbst., Freiber.	3 10.7 %	3 9.1 %	6 9.8 %	1 8.3 %	0	1 2.0 %
Soldat	0	0	0	1 8.3 %	0	1 2.0 %
noch in Ausbild.	1 3.6 %	3 9.1 %	4 6.5 %	3 25.0 %	12 31.6 %	15 30.0 %
Rentner	0	0	0	0	2 5.3 %	2 4.0 %
+ 3 Mon. Arbeitsl.	1 3.6 %	3 9.1 %	4 6.5 %	2 16.7 %	4 10.5 %	6 12.0 %
Hausfrau ohne Neben- beschäftigung	0	6 18.2 %	6 9.8 %	0	5 13.2 %	5 10.0 %
Gesamt	28 100 %	33 100 %	61 100 %	12 100 %	38 100 %	50 100 %

Tab. 1.3.5. Teil b. Derzeitige Tätigkeit nach Diagnosegruppen
Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit versus Neurosen und Persön-
lichkeitsstörungen

N = 145	Anzahl	Durchschnitt	Minimum	Maximum	Standard- ab- weichung
Männer	44	1.0909	0	4	0.7414
Frauen	101	0.7228	0	9	1.0965
=====					
DG 1	61	1.0820	0	4	0.7809
DG 2	50	0.7000	0	2	0.6776

Tab. 1.3.6. Zahl der Stellen in den letzten zwei Jahren,
Gesamtgruppe, Geschlecht und Diagnosegruppen.

N = 145	DG 1		DG 2		Gesamt
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	
Untermieter	4 14.3%	4 12.1%	3 25.0%	4 10.5%	16 11.0%
Mietwohnung	20 71.4%	23 69.7%	6 50.0%	24 63.2%	94 64.8%
Eigenheim, Eigentumswohn.	4 14.3%	6 18.2%	3 25.0%	5 13.2%	28 19.3%
Wohnheim	--	--	--	4 10.5%	6 4.1%
Obdachlos, nicht seßhaft	--	--	--	1 2.6%	1 0.7%
Gesamt	28 100%	33 100%	12 100%	38 100%	145 100%

Tab. 1.3.7. Wohnverhältnisse nach Diagnosegruppe Alkoholabhängig-
keit und -mißbrauch (DG 1) und Persönlichkeitsstörun-
gen und Neurosen (DG 2) sowie nach Geschlecht.

N = 145	Anzahl	Behandlungs- dauer(Tage)	Minimum	Maximum	Standard- abweichung
Männer	44	14.1	3	32	6.4
Frauen	101	11.9	3	32	5.7
Gesamt	145	12.6	3	32	6.0
DG 1	61	12.8	3	32	6.4
DG 2	50	11.8	3	24	4.9

Tab. 1.3.8. Behandlungsdauer nach Diagnosegruppe und Geschlecht
 DG 1 Alkoholabhängigkeit und -mißbrauch
 DG 2 Neurosen und Persönlichkeitsstörungen.

Tab.2.1. "stimmt"-Antworten bei Männern und Frauen im EZB bei der
Eingangs- bzw. Entlassungsuntersuchung (N = 145).

Item Nr.	EZB			EZE		
	M	F	Diff.	M	F	Diff.
1	90.7 %	92.0 %	1.3 %	92.9 %	93.9 %	1.0 %
2	79.1 %	76.2 %	2.9 %	90.5 %	82.7 %	7.8 %
3	95.5 %	89.9 %	5.6 %	97.6 %	92.9 %	4.7 %
4	14.0 %	28.7 %	14.7 % *	16.7 %	24.7 %	8.0 %
5	47.7 %	47.0 %	0.7 %	59.5 %	60.4 %	0.9 %
6	15.9 %	19.4 %	3.5 %	34.1 %	38.8 %	4.7 %
7	14.0 %	28.6 %	14.6 %	11.9 %	18.6 %	6.7 %
8	20.9 %	27.6 %	6.7 %	16.7 %	19.6 %	2.9 %
9	31.8 %	37.4 %	5.6 %	23.8 %	40.2 %	16.4 %**
10	72.7 %	71.4 %	1.3 %	46.3 %	58.8 %	12.5 %
11	52.6 %	22.5 %	30.1 % *	41.4 %	29.3 %	12.1 %
12	23.3 %	19.6 %	3.7 %	14.3 %	16.3 %	2.0 %
13	56.8 %	56.7 %	0.1 % -	38.1 %	35.4 %	2.7 %
14	65.9 %	74.3 %	8.4 %	61.9 %	73.5 %	11.6 %
15	38.6 %	33.7 %	4.9 %	24.4 %	27.8 %	3.4 %
16	69.2 %	54.5 %	14.7 % *	59.0 %	48.4 %	10.6 %
17	15.9 %	28.4 %	12.5 %	14.3 %	12.2 %	2.1 %
18	38.5 %	41.3 %	2.8 %	39.0 %	36.5 %	2.5 %
19	61.0 %	47.9 %	13.1 %	43.9 %	43.9 %	---
20	36.4 %	51.0 %	14.6 %	35.7 %	54.1 %	18.4 %**
21	18.6 %	24.2 %	5.6 %	23.8 %	19.4 %	4.4 %
22	25.6 %	34.3 %	8.7 %	33.3 %	31.0 %	2.3 %
23	51.2 %	38.9 %	12.3 %	34.1 %	37.4 %	3.3 %
24	34.2 %	35.1 %	0.9 %	31.0 %	28.1 %	2.9 %
25	86.4 %	80.6 %	5.8 %	95.2 %	76.5 %	18.7 %**
26	63.6 %	66.3 %	2.7 %	48.8 %	52.0 %	3.2 %
27	52.3 %	50.5 %	1.8 %	42.9 %	42.3 %	0.6 %--
28	76.7 %	63.9 %	12.8 %	66.7 %	64.9 %	1.8 %

Tab. 2.1. Fortsetzung

Item Nr.	EZB			EZE		
	M	F	Diff.	M	F	Diff.
29	43.2 %	53.7 %	10.5 %	35.7 %	35.1 %	0.6 %-
30	23.8 %	28.1 %	4.3 %	19.0 %	19.4 %	0.4 %--
31	95.5 %	96.0 %	0.5 % -	97.6 %	96.9 %	0.7 %--
32	65.1 %	53.1 %	12.0 %	66.7 %	57.3 %	9.4 %
33	35.7 %	31.3 %	4.4 %	38.1 %	34.0 %	4.1 %
34	45.5 %	46.5 %	1.0 %	35.7 %	43.9 %	8.2 %
35	83.3 %	86.0 %	2.7 %	90.2 %	89.9 %	0.3 %--
36	77.3 %	77.6 %	0.3 % -	63.4 %	73.2 %	9.8 %
37	43.2 %	42.3 %	0.9 %	31.7 %	36.1 %	4.4 %
38	20.9 %	21.6 %	0.7 %	36.6 %	24.5 %	12.1 %
39	56.8 %	59.6 %	2.8 %	57.1 %	75.5 %	18.4 %**
40	44.7 %	34.8 %	9.9 %	37.9 %	41.4 %	3.5 %
41	50.0 %	39.4 %	10.6 %	38.1 %	30.1 %	8.0 %
42	59.5 %	66.7 %	7.2 %	78.6 %	73.7 %	4.9 %
43	58.1 %	75.0 %	16.9 % *	63.4 %	74.5 %	11.1 %
44	72.1 %	72.6 %	0.5 % -	64.3 %	69.1 %	4.8 %
45	11.6 %	16.1 %	4.5 %	4.8 %	10.3 %	5.5 %
46	41.5 %	41.1 %	0.4 % -	31.0 %	28.1 %	2.9 %
47	61.4 %	65.3 %	3.9 %	45.2 %	50,0 %	4.8 %
48	46.5 %	45.7 %	0.8 %	59.5 %	69.1 %	9.6 %
49	31.8 %	39.8 %	8.0 %	26.1 %	41.2 %	14.9 %**
50	52.6 %	33.3 %	19.3 % *	46.4 %	39.1 %	7.3 %

Zeichenerläuterung:

- * Die fünf höchsten Differenzen M:F im EZB
 ** Die fünf höchsten Differenzen M:F im EZE
 - Die fünf niedrigsten Differenzen M:F im EZB
 -- Die fünf niedrigsten Differenzen M:F im EZE

Tab.2.1.1. "Stimmt"-Antworten der Diagnosegruppen DG 1 und DG 2 bei der Eingangs- bzw. Entlassungsuntersuchung (N = 111).

Item Nr.	EZB		EZE			
	DG 1	DG 2	Diff.	DG 1	DG 2	Diff
1	95.0 %	88.0 %	7.0 %	94.8 %	98.0 %	3.2 %
2	83.3 %	76.0 %	2.7 %	87.9 %	81.6 %	6.3 %
3	95.0 %	91.6 %	3.4 %	98.3 %	93.9 %	4.4 %
4	18.3 %	26.0 %	7.7 %	17.5 %	24.5 %	7.0 %
5	45.9 %	38.0 %	7.9 %	60.3 %	60.4 %	0.1 %--
6	18.0 %	12.2 %	5.8 %	37.9 %	31.3 %	6.6 %
7	15.0 %	37.5 %	22.5 % +	14.0 %	14.3 %	0.3 %--
8	20.0 %	20.8 %	0.8 % -	14.0 %	20.4 %	6.4 %
9	26.7 %	36.7 %	10.0 %	24.1 %	33.9 %	9.2 %
10	65.0 %	71.4 %	6.4 %	50.0 %	45.8 %	4.2 %
11	42.3 %	27.8 %	14.5 %	32.7 %	30.0 %	2.7 %
12	13.3 %	27.1 %	13.8 %	5.2 %	24.5 %	19.3 %**
13	50.8 %	62.5 %	11.7 %	35.6 %	38.8 %	3.2 %
14	73.8 %	70.0 %	3.8 %	69.5 %	72.9 %	3.4 %
15	39.3 %	41.7 %	2.4 %	33.3 %	28.6 %	3.7 %
16	65.5 %	51.2 %	14.3 %	57.1 %	50.0 %	7.1 %
17	8.5 %	37.5 %	29.0 % *	6.8 %	16.7 %	9.9 %
18	50.0 %	29.5 %	20.5 % +	44.8 %	29.8 %	15.0 %
19	61.8 %	28.6 %	33.2 % *	42.4 %	36.2 %	6.2 %
20	41.4 %	59.2 %	17.8 %	44.8 %	53.1 %	8.3 %
21	13.3 %	16.3 %	3.0 %	18.6 %	20.8 %	2.2 %
22	34.0 %	28.1 %	5.9 %	39.6 %	23.3 %	16.3 %
23	43.9 %	44.9 %	1.0 % -	29.3 %	38.8 %	9.5 %
24	31.5 %	41.3 %	9.8 %	29.3 %	27.1 %	2.2 %
25	90.0 %	76.0 %	14.0 % +	89.8 %	68.8 %	21.0 %**
26	63.9 %	60.4 %	3.5 %	46.6 %	47.9 %	1.3 %--
27	47.5 %	53.1 %	5.6 %	36.2 %	47.9 %	11.7 %

Tab. 2.1.1. Fortsetzung

Item Nr.	EZB			EZE		
	DG 1	DG 2	Diff.	DG 1	DG 2	Diff
28	65.0 %	72.0 %	7.0 %	62.7 %	75.0 %	12.3 %
29	45.0 %	53.2 %	8.2 %	29.3 %	36.7 %	7.4 %
30	22.8 %	20.8 %	2.0 %	10.3 %	16.3 %	6.0 %
31	96.7 %	94.0 %	2.7 %	98.3 %	98.0 %	0.3 %--
32	54.2 %	63.8 %	9.6 %	62.1 %	59.6 %	2.5 %
33	20.7 %	44.9 %	24.2 % *	31.0 %	45.8 %	14.8 %
34	55.0 %	48.0 %	7.0 %	39.0 %	46.9 %	7.9 %
35	96.7 %	82.0 %	14.7 % +	96.6 %	89.9 %	6.8 %
36	78.3 %	71.4 %	6.9 %	67.2 %	74.5 %	7.3 %
37	38.3 %	56.3 %	18.0 %	27.6 %	48.9 %	21.3 %**
38	15.5 %	28.0 %	12.5 %	31.6 %	28.6 %	3.0 %
39	70.0 %	54.0 %	16.0 %	74.1 %	61.2 %	12.9 %
40	59.3 %	14.7 %	44.6 % *	49.0 %	20.7 %	28.3 %**
41	50.8 %	30.4 %	20.4 % +	36.2 %	28.3 %	7.9 %
42	67.2 %	68.9 %	1.7 % -	82.5 %	70.2 %	12.3 %
43	73.3 %	69.6 %	3.7 %	73.7 %	67.3 %	6.4 %
44	69.5 %	69.6 %	0.1 % -	58.6 %	72.9 %	14.3 %
45	8.6 %	8.9 %	0.3 % -	1.8 %	12.2 %	10.4 % +
46	44.6 %	37.5 %	7.1 %	28.6 %	30.6 %	2.0 %--
47	67.8 %	53.2 %	14.6 %	39.3 %	42.6 %	3.4 %
48	51.7 %	45.5 %	6.2 %	68.4 %	63.3 %	5.1 %
49	27.1 %	48.9 %	21.8 % +	29.3 %	42.9 %	13.6 %
50	57.7 %	15.2 %	42.5 % *	47.8 %	30.0 %	17.8 %**

Zeichenerklärung

- * Die fünf höchsten Diff. der Diagnosegr. im EZB,
Signifikanz $p < .001$
- ** Die fünf höchsten Diff. der Diagnosegr. im EZE,
Signifikanz $p < .05$
- Die fünf niedrigsten Diff. der Diagnosegr. im EZB
- Die fünf niedrigsten Diff. der Diagnosegr. im EZE
- + Zusätzliche Items mit einer Sign. Diff. ($p < .05$)

Tab.2.1.2. Vergleich der "stimmt"-Antworten zwischen EZB (Eingangsuntersuchung) und EZE (Entlassungsuntersuchung) (N = 111).

Item Nr.	EZB	EZE	Diff.
1	91.8 %	96.3 %	4.5 %
2	80.0 %	85.0 %	5.0 %
3	93.6 %	96.3 %	2.7 %
4	21.8 %	20.8 %	1.0 %
5	42.3 %	60.4 %	18.1 % *
6	15.5 %	34.9 %	19.4 % *
7	25.0 %	14.2 %	10.8 %
8	20.4 %	17.0 %	3.4 %
9	31.2 %	28.3 %	2.9 %
10	67.9 %	48.1 %	19.8 % *
11	36.4 %	31.6 %	4.8 %
12	19.4 %	14.0 %	5.4 %
13	56.0 %	37.0 %	19.0 % *
14	72.1 %	71.0 %	1.1 %
15	40.4 %	31.1 %	9.3 %
16	59.2 %	53.9 %	5.3 %
17	21.5 %	11.2 %	10.3 %
18	41.0 %	38.1 %	2.9 %
19	46.2 %	39.6 %	6.6 %
20	49.5 %	48.6 %	0.9 % -
21	14.7 %	19.6 %	4.9 %
22	31.8 %	33.3 %	1.5 %
23	44.3 %	33.6 %	10.7 %
24	36.0 %	28.3 %	7.7 %
25	83.6 %	80.4 %	3.2 %
26	62.4 %	47.2 %	15.2 %
27	50.0 %	41.5 %	8.5 %

Tab. 2.1.2. Fortsetzung

Item Nr.	EZB	EZE	Diff.
28	31.8 %	31.8 %	--- -
29	48.6 %	32.7 %	15.9 %
30	21.9 %	13.1 %	8.8 %
31	95.5 %	98.1 %	2.6 %
32	58.5 %	61.0 %	2.5 %
33	31.8 %	37.7 %	5.9 %
34	51.8 %	42.6 %	9.2 %
35	10.0 %	6.5 %	3.5 %
36	75.2 %	70.5 %	4.7 %
37	46.3 %	37.1 %	9.2 %
38	78.7 %	69.8 %	8.9 %
39	62.7 %	68.2 %	5.5 %
40	42.0 %	38.5 %	3.5 %
41	41.9 %	32.7 %	9.2 %
42	32.0 %	23.1 %	8.9 %
43	71.7 %	70.8 %	0.9 % -
44	69.5 %	65.1 %	4.4 %
45	8.7 %	6.6 %	2.1 %
46	41.3 %	29.5 %	11.8 %
47	61.3 %	40.8 %	20.5 % *
48	49.0 %	66.0 %	17.0 %
49	36.5 %	35.5 %	1.0 %
50	41.2 %	40.8 %	0.4 % -

* Fünf Items mit höchster Änderung zwischen Eingangs- und Entlassungsuntersuchung

- Vier Items mit einer Änderung unter einem Prozent

Tab.2.1.4. Vergleich der Gesamtskalen EZB-G 1-4 bei der Eingangs- bzw. Entlassungsuntersuchung (N = 111)

	<u>Mittelwert</u>	<u>St.Abw.</u>	<u>Signifikanz</u> (Varianzanalyse)
<u>EZB-G1 Skala</u>			
"Gesamtmotivation"			
DG 1	9.3684	3.7015	0.3900
DG 2	10.0263	3.5373	
<u>EZB-G2 Skala</u>			
"Änderungseinsicht"			
DG 1	2.9312	1.4493	0.1730
DG 2	2.5333	1.4709	
<u>EZB-G3 Skala</u>			
"Therapieangst"			
DG 1	4.4107	2.6750	0.0925
DG 2	5.3182	2.6217	
<u>EZB-G4 Skala</u>			
"Problemlosigkeit"			
DG 1	7.3793	3.2327	0.0238 *
DG 2	5.95245	2.8194	
<u>EZE-G1 Skala</u>			
"Gesamtmotivation"			
DG 1	6.8727	3.8251	0.1412
DG 2	8.0227	3.8428	
<u>EZE-G2 Skala</u>			
"Änderungseinsicht"			
DG 1	2.7719	1.1955	0.4871
DG 2	2.6122	1.1514	
<u>EZE-G3 Skala</u>			
"Therapieangst"			
DG 1	3.6250	2.4163	0.1058
DG 2	4.4681	2.8273	
<u>EZE-G4 Skala</u>			
"Problemlosigkeit"			
DG 1	6.0714	3.1672	0.6484
DG 2	5.7857	2.9095	

Diagnosegruppe: Alkoholabhängigkeit und -mißbrauch

(N = 61)	Aufn. Mittel- wert	Entl. Mittel- wert	T-Test für abh. Stichpr. Signifikanz	Korrelation
EZB/EZE-G1	9.33	6.87	0.000	0.654
EZB/EZE-G2	2.93	2.77	0.422	0.399
EZB/EZE-G3	4.48	3.62	0.004	0.666
EZB/EZE-G4	7.23	6.07	0.002	0.645

Diagnosegruppe: Neurosen und Persönlichkeitsstörungen
(N = 50)

EZB/EZE-G1	9.50	8.02	0.003	0.661
EZB/EZE-G2	2.49	2.61	0.542	0.434
EZB/EZE-G3	5.11	4.47	0.055	0.670
EZB/EZE-G4	5.71	5.78	0.808	0.788

Tab. 2.2.5. T-Test für abhängige Stichproben EZB versus EZE
nach Diagnosegruppen

Tab.3.1. Mittelwerte der Therapieerfahrungsliste TEL nach Gesamtgruppe, Geschlecht und Diagnosegruppe (N = 145 bzw. 111).

Item Nr.	Ges. Gruppe	M	F	DG 1	DG 2	Sign. d. Diagn.-Gr.
1	1.89	1.93	1.87	1.57	2.28	0.0010
2	1.57	1.60	1.55	1.42	1.80	0.0292
3	2.57	2.53	2.59	2.49	2.60	0.6990
4	1.26	1.32	1.24	1.15	1.38	0.0906
5	4.01	4.09	3.98	4.08	3.94	0.5508
6	3.99	4.37 *	3.82	4.35	3.70	0.0087
7	2.26	2.55	2.13	2.32	2.26	0.8293
8	1.85	1.72	1.90	1.52	2.20	0.0021
9	2.37	1.97 *	2.55	2.05	2.97	0.0032
10	2.22	1.97	2.32	2.12	2.51	0.1702
11	3.99	4.09	3.94	4.50	3.70	0.0032
12	3.46	3.74	3.34	3.63	3.34	0.3648
13	3.66	3.74	3.62	3.81	3.69	0.6692
14	3.75	3.81	3.72	4.03	3.79	0.3836
15	1.73	1.60	1.78	1.56	1.74	0.3810
16	3.47	3.46	3.47	3.87	3.26	0.0372
17	1.78	1.67	1.83	1.72	2.00	0.2031
18	1.55	1.46	1.58	1.43	1.78	0.0695
19	2.87	2.83	2.88	2.85	2.63	0.4432
20	1.31	1.28	1.33	1.25	1.28	0.8383
21	1.89	2.02	1.84	1.79	2.10	0.1540
22	3.94	3.88	3.96	4.13	3.78	0.1366
23	1.64	1.93 *	1.52	1.68	1.66	0.9097
24	3.76	3.77	3.75	4.07	3.86	0.4098
25	2.35	1.81 *	2.57	2.28	2.30	0.9495
26	4.07	3.91	4.14	4.25	4.06	0.4439
27	2.49	2.25	2.58	2.70	2.24	0.1185

Tab. 3.1. Fortsetzung

Item Nr.	Ges. Gruppe	M	F	DG 1	DG 2	Sign. d. Diagn.-Gr.
28	2.02	1.74	2.15	1.50	2.42	0.0005
29	1.84	1.81	1.85	1.84	1.98	0.5500
30	1.84	1.70	1.90	1.63	1.92	0.1518
31	3.72	3.76	3.71	3.17	4.37	0.0003
32	2.33	2.14	2.41	1.97	2.76	0.0021
33	2.86	2.55	2.99	2.67	2.98	0.2777
34	2.31	2.25	2.33	2.08	2.51	0.1033
35	2.39	2.67	2.27	2.35	2.14	0.4208
36	3.71	3.81	3.66	3.55	4.02	0.0414
37	3.92	3.88	3.94	4.12	3.81	0.2031
38	3.06	2.67 *	3.22	2.71	3.41	0.0048
39	2.04	1.98	2.07	1.67	2.37	0.0043
40	1.96	2.05	1.92	1.62	2.41	0.0009
41	1.87	2.05	1.79	1.68	1.98	0.1897
42	2.35	2.55	2.39	2.08	2.64	0.0197
43	2.17	2.16	2.18	1.88	2.35	0.0385
44	4.12	4.05	4.15	4.17	4.18	0.9410
45	2.29	2.07	2.38	2.05	2.37	0.1470
46	2.46	2.70	2.36	2.77	2.02	0.0069
47	3.63	3.90	3.51	3.76	3.84	0.7795
48	2.55	2.30	2.66	2.37	2.67	0.1995
49	1.71	1.63	1.74	1.72	1.79	0.6714
50	2.96	3.07	2.92	2.97	2.84	0.6545
51	3.85	4.05	3.76	4.07	3.82	0.3164
52	2.22	2.02	2.30	1.96	2.42	0.0401
53	3.60	3.65	3.58	3.70	3.70	1.0000
54	2.53	2.30	2.62	2.43	2.62	0.4886

Tab. 3.1. Fortsetzung

Item Nr.	Ges. Gruppe	M	F	DG 1	DG 2	Sign. d. Diagn.-Gr.
55	2.22	2.39	2.14	2.03	2.28	0.3470
56	2.00	2.07	1.97	1.80	1.94	0.5640
57	1.59	1.56	1.60	1.43	1.72	0.1341
58	1.89	1.86	1.91	1.70	2.04	0.1482
59	2.42	2.14	2.54	2.12	2.51	0.1185
60	2.31	2.28	2.33	2.30	2.26	0.8628
61	1.79	1.77	1.80	1.67	1.84	0.4317
62	2.31	2.12	2.39	2.29	2.24	0.8582
63	3.00	2.81	3.08	2.71	3.34	0.0136
64	2.05	1.64 *	2.23	1.86	2.20	0.1445
65	1.86	1.67	1.94	1.60	2.16	0.0150
66	1.70	1.67	1.72	1.49	1.72	0.2368
67	1.92	1.93	1.92	1.91	1.86	0.7800
68	1.35	1.23	1.40	1.20	1.56	0.0250
69	2.48	2.65	2.41	2.46	2.52	0.8152
70	4.04	3.98	4.07	4.17	3.98	0.4571
71	2.27	2.19	2.31	2.15	2.36	0.3396
72	2.78	2.56	2.87	2.67	2.94	0.2844
73	2.36	2.03	2.51	1.48	3.47	0.0000
74	2.74	2.53	2.82	2.53	2.86	0.1951
75	2.45	2.28	2.53	2.29	2.65	0.1720
76	3.67	3.53	3.73	3.83	3.50	0.1915
77	2.70	2.56	2.76	2.63	2.82	0.4848

* Die so gekennzeichneten Werte in Spalte "M" weisen auf einen signifikanten Unterschied ($p < .05$) zwischen Männern und Frauen hin.

Item.Nr./ Diagn.-Gr.	ja	eher ja	unent- schieden	eher nein	nein	
<u>TEL 1</u>						
DG 1	60.0	28.3	8.3	1.7	1.7	%
DG 2	36.0	30.0	16.0	6.0	12.0	%
<u>TEL 28</u>						
DG 1	70.0	13.3	15.0	--	1.7	%
DG 2	50.0	7.5	17.5	--	25.0	%
<u>TEL 31</u>						
DG 1	30.0	8.3	8.3	21.5	31.7	%
DG 2	8.6	--	11.4	5.7	74.3	%
<u>TEL 40</u>						
DG 1	63.3	21.7	31.3	3.3	3.3	%
DG 2	38.8	16.3	68.8	10.2	12.2	%
<u>TEL 73</u>						
DG 1	63.3	28.3	6.7	--	1.7	%
DG 2	25.0	6.3	15.6	3.1	50.0	%

Tab. 3.3.1. Signifikant unterschiedliche Items der Diagnosegruppen DG 1 (Alkoholabhängigkeit und -mißbrauch) und DG 2 (Neurosen und Persönlichkeitsstörungen) im TEL, Sign. < .001.

Item.Nr./ Diagn.-Gr.	ja	eher ja	unent- schieden	eher nein	nein	
<u>TEL 6</u>						
DG 1	5.0	5.0	6.7	16.7	66.7	%
DG 2	8.0	16.0	22.0	6.0	48.0	%
<u>TEL 8</u>						
DG 1	66.1	22.0	6.8	3.4	1.7	%
DG 2	40.0	26.0	20.0	2.0	12.0	%
<u>TEL 9</u>						
DG 1	45.0	20.0	25.0	5.0	5.0	%
DG 2	39.5	7.9	10.5	--	42.1	%
<u>TEL 11</u>						
DG 1	8.3	3.3	--	6.7	81.7	%
DG 2	18.0	6.0	14.0	12.0	50.0	%
<u>TEL 32</u>						
DG 1	40.7	33.9	15.3	8.5	1.7	%
DG 2	32.0	16.0	20.0	8.0	24.0	%
<u>TEL 38</u>						
DG 1	11.9	37.3	28.8	11.9	5.6	%
DG 2	12.2	12.2	28.6	16.3	13.9	%
<u>TEL 39</u>						
DG 1	56.7	31.7	5.0	1.7	5.0	%
DG 2	42.9	18.4	10.5	16.3	12.2	%
<u>TEL 46</u>						
DG 1	28.3	21.7	13.3	18.3	18.3	%
DG 2	51.0	18.4	14.3	10.2	6.1	%

Tab. 3.3.2. Signifikant unterschiedliche Items der Diagnosegruppen DG 1 (Alkoholabhängigkeit und -mißbrauch) und DG 2 (Neurosen und Persönlichkeitsstörungen) im TEL, Sign. < .01.

Item.Nr./ Diagn.Gr.	ja	eher ja	unent- schieden	eher nein	nein	
<u>TEL 2</u>						
DG 1	70.0	23.3	1.7	5.0	--	%
DG 2	56.0	18.0	16.0	10.0	--	%
<u>TEL 16</u>						
DG 1	13.3	5.0	15.0	15.0	51.7	%
DG 2	20.4	8.2	30.6	6.1	34.7	%
<u>TEL 36</u>						
DG 1	5.0	15.0	26.7	26.7	26.7	%
DG 2	4.1	8.2	18.4	20.4	49.0	%
<u>TEL 42</u>						
DG 1	35.0	38.3	15.0	6.7	5.0	%
DG 2	22.9	31.3	18.8	12.5	14.6	%
<u>TEL 43</u>						
DG 1	40.0	38.3	16.7	3.3	1.7	%
DG 2	38.3	18.4	24.5	6.1	12.2	%
<u>TEL 52</u>						
DG 1	39.7	31.0	24.1	3.4	1.7	%
DG 2	30.0	26.0	28.0	4.0	12.0	%
<u>TEL 63</u>						
DG 1	16.9	25.4	39.0	6.8	11.9	%
DG 2	16.0	8.0	34.0	10.0	32.0	%
<u>TEL 65</u>						
DG 1	61.7	21.7	13.3	1.7	1.7	%
DG 2	48.0	22.0	10.0	6.0	14.0	%
<u>TEL 68</u>						
DG 1	85.0	13.3	--	--	1.7	%
DG 2	68.0	20.0	4.0	4.0	4.0	%

Tab. 3.3.3. Signifikant unterschiedliche Items der Diagnosegruppen DG 1 (Alkoholabhängigkeit und -mißbrauch) und DG 2 (Neurosen und Persönlichkeitsstörungen) im TEL, Sign. < .05.

F R A G E B Ö G E N

1. Alter _____

2. Geschlecht

☐ männlich

☐ weiblich

3. Familienstand

☐ ledig

☐ verheiratet

☐ geschieden

☐ verwitwet

4. Lebensform

☐ alleinlebend

☐ mit Ehepartner

☐ mit Partner

☐ mit Eltern

☐ Partnerschaft aber getrennt lebend

☐ in einer Gemeinschaft lebend

5. Arbeitsfähigkeit

☐ Nein

☐ Ja

☐ bedingt arbeitsfähig

6. Jetzige Tätigkeit

☐ Arbeiter

☐ Angestellter od. Beamter

☐ Selbständiger, Freiberuflicher

☐ Soldat

☐ noch in der Ausbildung

☐ Rentner, Pensionist

☐ mindestens drei Monate arbeitslos

☐ Hausfrau ohne Nebenbeschäftigung

7. Berufswechsel

Zahl der Stellen in den letzten zwei
Jahren _____

8. Wohnverhältnisse

☐ Untermiete

☐ Mietwohnung

☐ Eigenheim, eigentumswohnung

☐ Wohnheim

☐ obdachlos, nicht seghaft

Dokumentation EZB

MEIP

1-9

Patienten-Nr.:

Datum:

Name:

Vorname:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Alter

--	--

 9-10

2. Geschlecht

(1=männlich, 2=weiblich)

--

 11

3. Familienstand

(1=ledig, 2=verheiratet, 3=geschieden, 4=verwitwet)

--

 12

4. Lebensform

(1=alleinlebend, 2=mit Ehepartner, 3=mit Partner,
4=mit Eltern, 5=Partnerschaft, aber getrennt lebend,
6= in einer Gemeinschaft lebend)

--

 13

5. Arbeitsfähigkeit

(0=Nein, 1=Ja, 2= bedingt arbeitsfähig)

--

 14

6. Jetzige Tätigkeit

(0=Arbeiter, 1=Angestellter oder Beamter, 2=Selbst-
ständiger, Freiberuflicher, 3=Soldat, 4=noch in
der Ausbildung, 5=Rentner, Pensionist, 6=mindestens
drei Monate arbeitslos, 7=Hausfrau ohne Nebenbe-
schäftigung, 9= unbekannt)

--

 15

7. Berufswechsel

Zahl der Stellen in den letzten zwei Jahren

--	--

 16-17

8. Wohnverhältnisse

(1=Untermiete, 2=Mietwohnung, 3=Eigenheim, Eigentums-
wohnung, 4=Wohnheim, 5=obdachlos, nicht selbsthaft)

--

 18

9. Dauer der Behandlung in Tagen:

--	--

 19-20

10. Diagnose nach ICD-9:

--	--	--	--	--

 21-25

Probanden-Nr.

--	--	--	--	--

Datum

Anleitung:

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Vorstellungen über zukünftige Veränderungen in Ihrem Leben und über eine mögliche Behandlung. Sie können jede Frage mit "stimmt" oder "stimmt nicht" ankreuzen.

Vielleicht werden Sie manchmal den Eindruck haben, daß eine Aussage nicht ganz für Sie zutrifft. Kreuzen Sie aber trotzdem immer eine Antwort an, und zwar die, welche am ehesten auf Sie zutrifft.

- | | Stimmt | Stimmt
nicht |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. Ich glaube , daß ich selbst wesentliches dazu beitragen kann, damit meine Probleme und Konflikte gelöst werden | ☐ | ☐ |
| 2. Mir ist klar, was sich an meinem Verhalten ändern soll, damit ich im Leben besser zurecht komme | ☐ | ☐ |
| 3. So kann es nicht weitergehen, ich muß mein Leben anders gestalten | ☐ | ☐ |
| 4. Ich möchte mich nicht mit den Problemen anderer Leute, z.B. in einer Therapiegruppe, belasten | ☐ | ☐ |
| 5. Ich mache nur das, wovon ich auch überzeugt bin | ☐ | ☐ |
| 6. Im großen und ganzen bin ich mit meiner gegenwärtigen Situation zufrieden | ☐ | ☐ |
| 7. Ich kann mir nicht vorstellen, daß es mir hilft, wenn ich jemandem meine Probleme erzähle | ☐ | ☐ |
| 8. Eigentlich brauche ich mich nicht wesentlich zu verändern, um mit meinen Schwierigkeiten fertig zu werden | ☐ | ☐ |

	Stimmt	Stimmt nicht
9. Wenn die Menschen mit mir anders umgingen, hätte ich keine wesentlichen Probleme und Konflikte mehr	☐	☐
10. Wenn mir jemand wirklich helfen wollte, würde ich es schaffen, mit dem Leben zurecht zu kommen	☐	☐
11. Wenn ich einen Partner finde, der zu mir paßt, habe ich keine Alkoholprobleme mehr	☐	☐
12. Wenn ich ernst mache mit einer Behandlung, habe ich Angst, mich selbst aufzugeben	☐	☐
13. Ich kann eine längere Behandlung nur durchhalten, wenn ich eine schnelle Besserung sehe	☐	☐
14. Ich glaube, andere für mich wichtige Leute, können mich sehr leicht beeinflussen	☐	☐
15. Ich weiß gar nicht, wie ich eigentlich sein möchte	☐	☐
16. Durch eine Therapie werden meine Probleme und Konflikte gelöst	☐	☐
17. Für das, was aus mir geworden ist, fühle ich mich nicht verantwortlich	☐	☐
18. Ich glaube, eine Behandlung hat für mich nur Sinn, wenn auch mein Partner einbezogen wird	☐	☐
19. Wenn ich mich erst etwas erholt habe, werde ich schon mit allem fertig werden	☐	☐
20. Es macht mir Angst, mich auf andere Menschen einzulassen	☐	☐
21. Mir macht es nichts aus, was andere über mich denken	☐	☐
22. Ich bin mir gegenwärtig nicht sicher, ob es notwendig ist, mein Leben lang abstinent zu bleiben	☐	☐
23. Ich brauche anders geartete Menschen um mich, damit ich mich ändern kann	☐	☐
24. Ich erwarte, daß der Therapeut sich aktiv bei meinen Schwierigkeiten im Arbeitsbereich einschaltet	☐	☐
25. Von einer Behandlung erhoffe ich mir entscheidende Anregungen, mein Leben anders zu gestalten	☐	☐

	Stimmt	Stimmt nicht
26. Ich möchte meine Probleme und Konflikte möglichst schnell vergessen	☐	☐
27. Es macht mir Angst, vor anderen Leuten in einer Gruppe meine Probleme darzustellen	☐	☐
28. Ich kann mich schnell für eine Sache begeistern	☐	☐
29. Ich weiß nicht, woran es liegt, daß ich ständig Probleme und Konflikte habe	☐	☐
30. Ich sehe keine Sinn darin, wenn es in einer Therapiegruppe zu Auseinandersetzungen mit anderen in der Gruppe kommt	☐	☐
31. Entscheidend ist mein eigener Wille, etwas zu ändern	☐	☐
32. Damit sich etwas entscheidendes ändert, müßte ich manches für mich wichtige aufgeben	☐	☐
33. Ich halte wenig von Konventionen und üblichen Umgangsformen	☐	☐
34. Ich glaube, ich müßte eine ganz andere Person werden, damit meine Probleme und Konflikte gelöst werden	☐	☐
35. Wenn ich so weitermache wie bisher, gehe ich zugrunde	☐	☐
36. Wenn ich erst das Schlimmste durchgestanden habe, werde ich weitersehen	☐	☐
37. Ich habe im allgemeinen Schwierigkeiten, in einer Gruppe (in der Arbeit, Freizeit) zurecht zu kommen	☐	☐
38. Ich glaube, daß ich Spannungen und Ängste ganz gut aushalten kann	☐	☐
39. Ich weiß eigentlich ganz genau, was ich anders machen müßte	☐	☐
40. Wenn ich nur keinen Alkohol mehr trinke, ändert sich alles zum Guten	☐	☐
41. Ich brauche nur noch eine kleine Hilfe, um über den Berg zu kommen	☐	☐

	Stimmt	Stimmt nicht
42. In einer Therapie bin ich grundsätzlich bereit, auch starke Spannungen auszuhalten	☐	☐
43. Ich weiß, daß sich mein Leben ändern wird, aber ich habe Angst, was auf mich zukommt	☐	☐
44. Ich lasse mir gerne von jemandem etwas sagen	☐	☐
45. Das Beste für mich ist, ich bleibe, wie ich bin	☐	☐
46. Es ist mir fast unmöglich, Schwächen und Ängste vor anderen zuzugeben	☐	☐
47. Ich kann mir nicht vorstellen, daß aggressive Auseinandersetzungen mit anderen mich weiter- bringen könnten	☐	☐
48. Nur ich selbst kann meine Probleme und Konflikte lösen	☐	☐
49. Ich wäre nicht gekommen, wenn ich nicht von an- derer Seite gedrängt worden wäre	☐	☐
50. Mir wäre es am liebsten, wenn es ein Medikament oder eine Technik gäbe, die das Verlangen nach Alkohol abstellt	☐	☐

TEL

Probanden-Nr.

Datum:.....

A N L E I T U N G

In diesem Fragebogen geht es darum, Ihre Therapieerfahrungen (bezogen auf die gerade abgeschlossene Behandlung) zu beschreiben und zu charakterisieren.

Jede Aussage können Sie auf einer 5-stufigen Skala mit den Antwortkategorien

	eher unent-	eher		
ja	ja	schieden	nein	nein
0	0	0	0	0

beantworten.

Vielleicht werden Sie manchmal den Eindruck haben, daß eine Aussage nicht ganz auf Ihre Therapieerfahrung zutrifft. Versuchen Sie bitte trotzdem jede Aussage hinsichtlich der Übereinstimmung mit Ihren Erfahrungen zu beurteilen.

Vielen Dank für Ihre Mühe.

	ja	eher ja	unent- schie- den	eher nein	nein
1. Ich habe gelernt, nicht so schnell aufzugeben.	0	0	0	0	0
2. Man hat mich akzeptiert trotz meiner Schwächen und Probleme.	0	0	0	0	0
3. Ich habe erfahren, daß ich meist sehr viel von anderen erwarte.	0	0	0	0	0
4. Ich meine, daß ich trotz aller positiven Erfahrungen noch weiter an mir arbeiten muß, um das Gelernte zu erhalten und zu stabilisieren.	0	0	0	0	0
5. Mein Therapeut hat mir nur wenig geben können.	0	0	0	0	0
6. Mein Eindruck ist, daß ich nicht zu den anderen Patienten in der Therapie gepaßt habe.	0	0	0	0	0
7. Ich habe erfahren, daß ich mich einerseits gern versorgen lasse und andererseits sehr auf Unabhängigkeit und Stärke bedacht bin.	0	0	0	0	0
8. Das Sprechen über meine Probleme hat mich weitergebracht.	0	0	0	0	0
9. Ich habe gelernt, Probleme und Konflikte ohne Alkohol zu ertragen und zu lösen.	0	0	0	0	0
10. Ich habe neue Beziehungen gemacht, die für mich sehr wichtig sind.	0	0	0	0	0
11. Ich war nahe daran, die Behandlung ganz abzubrechen.	0	0	0	0	0
12. Ich glaube, daß die Therapieerfahrung ausreicht, um nun allein mit dem Problem Alkohol fertig zu werden.	0	0	0	0	0
13. Mit meinem Therapeuten habe ich keine offene Beziehung aufbauen können.	0	0	0	0	0
14. Ich habe die Hausordnung (bzw. Ziele und Regeln des Gruppenablaufs) nie richtig akzeptieren können.	0	0	0	0	0
15. Ich habe gelernt, daß es auf mich ankommt und nicht auf die anderen.	0	0	0	0	0
16. Ich weiß nicht, was mir die Behandlung gebracht hat.	0	0	0	0	0

	ja	eher ja	unent- schieden	eher nein	nein
17. Ich habe gelernt, das Verhalten anderer besser zu verstehen.	0	0	0	0	0
18. Ich habe erfahren, daß es mir in schwierigen Situationen hilft, mit anderen zu sprechen.	0	0	0	0	0
19. Es ist mir schwergefallen zu akzeptieren, daß ich in meinem Wohlbefinden von anderen Menschen abhängig bin.	0	0	0	0	0
20. Ich habe gesehen, wie wichtig es ist, langfristig an sich zu arbeiten.	0	0	0	0	0
21. Mein(e) Therapeut(en) hat (haben) sich gut in mich einfühlen können.	0	0	0	0	0
22. In der Behandlung hat mir vieles nicht gepaßt.	0	0	0	0	0
23. Ich habe erfahren, daß es nützlich ist, sich seine Ohnmacht und Hilflosigkeit einzugestehen.	0	0	0	0	0
24. Ich habe für meine anstehenden Probleme nach der Behandlung keine Anregungen bekommen.	0	0	0	0	0
25. Ich habe neue Seiten und Eigenschaften an mir kennengelernt.	0	0	0	0	0
26. Ich habe mich durch die Therapie stark eingeengt gefühlt.	0	0	0	0	0
27. Es ist mir schwergefallen zu akzeptieren, daß ich in bestimmten Bereichen hilflos und ohnmächtig bin.	0	0	0	0	0
28. Die eigentliche Bewährungszeit für meine geänderte Einstellung zum Alkohol und zum Leben steht mir erst bevor, nachdem die Behandlung abgeschlossen ist.	0	0	0	0	0
29. Mein(e) Therapeut(en) hat (haben) sich mir gegenüber sehr engagiert.	0	0	0	0	0
30. Ich habe manche Erfahrungen in der Behandlung für mich übernehmen können.	0	0	0	0	0
31. Ich habe erkannt, daß ich dem Alkohol gegenüber hilflos bin und bleiben werde.	0	0	0	0	0
32. Die Situation ist für mich jetzt ganz anders als zu Beginn der Therapie.	0	0	0	0	0

	ja	eher ja	unent- schie- den	eher nein	nein
33. Ich habe neue Interessen entwickeln können.	0	0	0	0	0
34. Ich habe erfahren, daß ich bei anderen etwas bewirke.	0	0	0	0	0
35. Ich habe gesehen, daß ich übergroße Ansprüche an mich selbst gestellt habe.	0	0	0	0	0
36. Ich habe den Eindruck, daß ich wieder ganz in Ordnung bin.	0	0	0	0	0
37. Ich habe mich vom Therapeuten nicht richtig verstanden gefühlt.	0	0	0	0	0
38. Ich habe einiges vom Verhalten der Therapeuten übernommen.	0	0	0	0	0
39. Ich habe erfahren, daß ich mit meinen Schwächen und Problemen die Hilfe einer Therapiegruppe brauche.	0	0	0	0	0
40. Ich habe jetzt mehr Hoffnung als vorher.	0	0	0	0	0
41. Ich habe erfahren, daß meine Ängste verstehbar sind.	0	0	0	0	0
42. Ich habe erfahren, daß ich gar nicht so schwach bin, wie ich immer befürchtet habe.	0	0	0	0	0
43. Ich habe das Gefühl, jetzt meine Grenzen besser zu kennen.	0	0	0	0	0
44. Der (die) Therapeut(en) hat (haben) mir seine (ihre) Überlegenheit deutlich spüren lassen.	0	0	0	0	0
45. Ich kann mich gut mit den Zielen der Behandlung identifizieren.	0	0	0	0	0
46. Es hat sich gezeigt, daß man eigentlich mit seinen Problemen und Konflikten allein fertig werden muß.	0	0	0	0	0
47. Die eigentlichen Probleme sind bei mir nicht angegangen worden.	0	0	0	0	0
48. Mit neu ausprobierten Verhaltensweisen habe ich gute Erfahrungen gemacht.	0	0	0	0	0
49. Gespräche mit anderen bringen mir Erleichterung.	0	0	0	0	0

	unent- eher schie- eher ja ja den nein nein				
50. Ich habe erfahren, daß ich meist die anderen für meine Probleme und Schwierigkeiten verantwortlich gemacht habe.	0	0	0	0	0
51. Ich bin für meinen Therapeuten nicht besonders wichtig gewesen.	0	0	0	0	0
52. Die Ziele der zurückliegenden Behandlung habe ich für mein Leben übernehmen können.	0	0	0	0	0
53. Es ist mir deutlich geworden, daß ich keine Schwächen zugeben kann.	0	0	0	0	0
54. Ich habe gelernt, Spannungen und Konflikte besser zu ertragen.	0	0	0	0	0
55. Ich habe erfahren, was ich wirklich brauche und wonach ich mich sehne.	0	0	0	0	0
56. Ich habe erfahren, daß ich Angst vor eigenen Schwächen und Fehlern habe.	0	0	0	0	0
57. Mit meinem Therapeuten habe ich immer gerne gesprochen.	0	0	0	0	0
58. Ich habe erfahren, daß andere Leute mit ähnlichen Schwierigkeiten fertig werden können.	0	0	0	0	0
59. Ich fühle mich mit meiner Behandlungseinrichtung innerlich verbunden.	0	0	0	0	0
60. Ich kann jetzt mein Verhalten besser verstehen.	0	0	0	0	0
61. Ich habe das sagen können, was mir durch den Kopf gegangen ist.	0	0	0	0	0
62. In der Therapie konnte ich meinen Problemen und Konflikten nicht ausweichen.	0	0	0	0	0
63. Ich habe zu einem neuen Lebensrhythmus gefunden.	0	0	0	0	0
64. Ich habe gelernt anderen zu sagen, wie es mir geht.	0	0	0	0	0
65. Mit anderen über Probleme und Konflikte zu reden hat mir Erleichterung gebracht.	0	0	0	0	0
66. Ich habe gelernt, daß es nicht immer nur um mich geht.	0	0	0	0	0
67. Ich habe gelernt, hinter meinen Aggressionen meine Enttäuschungen und mein Verletztsein wahrzunehmen.	0	0	0	0	0

	unent-				
	eher	schie-	eher		
	ja	ja	den	nein	nein
68. Ich habe erfahren, daß auch andere Leute ähnliche Schwierigkeiten wie ich haben.	0	0	0	0	0
69. Ich habe gemerkt, daß ich zu große Ansprüche an meine Umwelt stelle.	0	0	0	0	0
70. Ich habe nie richtig verstanden, worum es in der Behandlung ging.	0	0	0	0	0
71. Ich habe gelernt, statt Vorwürfe Gefühle und Wünsche zu äußern.	0	0	0	0	0
72. Ich habe von anderen gelernt, wie die schwierige Situationen meistern.	0	0	0	0	0
73. Ich habe gesehen, daß meine Alkoholprobleme in einem engen Zusammenhang mit meinen inneren Einstellungen und Befürchtungen liegen.	0	0	0	0	0
74. Ich habe gelernt, mich besser durchzusetzen.	0	0	0	0	0
75. Ich habe gelernt, meine körperlichen Gefühle besser wahrzunehmen.	0	0	0	0	0
76. Meine Spannungen in der Gruppe haben sich im Verlauf der Behandlung nicht verringert.	0	0	0	0	0
77. Ich habe gelernt, die Welt so zu nehmen wie sie ist.	0	0	0	0	0

An dieser Stelle möchte ich allen danken, die mich bei meiner Arbeit unterstützt haben.

Mein besonderer Dank gilt meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. W. Feuerlein für die Überlassung des Dissertationsthemas und die Sachkundige Unterstützung bei der Durchführung der Arbeit.

Außerdem gilt mein besonderer Dank Herrn Dr. H. Kufner, der mir stets geduldig und freundlich zur Seite stand, für die Unterstützung bei der Auswertung der Ergebnisse und für seine Hilfestellung bei dem Zustandekommen der Arbeit.

Meinen tiefempfundenen Dank auch dem Pflegepersonal der Station 3B der psychiatrischen Klinik des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie, das mich stets während der Patientenbefragung unterstützt hat.

Ebenfalls danke ich Herrn Karl Weinberger für die Überlassung eines Computers, welcher mir die Arbeit sehr erleichtert hat.

Nicht zuletzt gilt mein Dank Herrn Günther Müller für die gewissenhafte Durchsicht der Arbeit.

Tabellarischer Lebenslauf

12.08.43 in Tel-Aviv, Israel geboren
Eltern: Dr. med. Georg Cohn, verstorben 1957, und
Imogen Cohn geb. Prange

48 - 56 Besuch der Ecole Francaise in Tel-Aviv

1956 Reemigration mit meinen Eltern

56 - 58 Schulbesuch in München - Volksschulabschluß

58 - 61 Lehre und Berufsschule als Fotograf

61 - 82 Im erlernten Beruf als Fotograf ohne Unterbre-
chung tätig

63 - 67 Dienst bei der Bundeswehr, meist als Fotograf

1965 Heirat mit Brigitte Cohn, geb. Retz
Wir haben fünf gemeinsame Kinder

72 - 76 Besuch des Abendgymnasiums, bei voller Berufstätig-
keit. Abschluß mit dem Zeugnis der allgemeinen
Hochschulreife

WS 79/80 Aufnahme des Medizinstudiums

01.05.82 Einstellung als Pfleger im Klinikum r. d. Isar

29.04.86 Die ärztliche Prüfung, in beiden Teilen mit der
Note Befriedigend, bestanden

16.05.86 Approbation als Arzt erteilt

30.11.86 Beendigung der Tätigkeit als Pfleger

01.12.86 Aufnahme der ärztlichen Tätigkeit in der Medizi-
nischen Poliklinik der Universität München, bei
Herrn Prof. Dr. N. Zöllner, wo ich z. Z. tätig bin

